

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
CLAUDYA GIRARD

EFFETS DU SOUTIEN AUX BESOINS PSYCHOLOGIQUES ET DU
COPING ÉMOTIONNEL SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ET LA
DOULEUR SUBJECTIVE CHEZ DES ADULTES PRÉSENTANT DE LA
DOULEUR CHRONIQUE

NOVEMBRE 2018

Sommaire

La douleur chronique est une problématique de santé majeure, comme en témoigne sa prévalence élevée et ses conséquences nombreuses sur le plan biopsychosocial. Elle touche entre 15 à 22 % des Canadiens (Gilmour, 2015; Ramage-Morin & Gilmor, 2010; Schopflocher, Taenzer & Jovey, 2011) et influence plusieurs aspects de la vie des gens (Ramage-Morin, 2008), tels que les activités quotidiennes, le travail, l'utilisation des soins de santé ainsi que le bien-être général et psychosocial des personnes atteintes (Ramage-Morin & al., 2010). Les impacts de la douleur chronique sont multiples, à l'instar des facteurs impliqués dans ce phénomène (Beaupré & McKerral, 2012). Au-delà de sa nature physiologique, divers facteurs psychosociaux jouent un rôle important dans le développement, le maintien et l'exacerbation de la douleur chronique (Turk & Okifuji, 2002), tels que les émotions, le contexte social et environnemental, les antécédents socioculturels, les croyances et la signification subjective de la douleur (Beaupré & al., 2012; Turk & al., 2002). La présente étude examine deux facteurs psychosociaux de la douleur chronique en lien avec la santé psychologique et la douleur subjective : le soutien aux trois besoins psychologiques et le coping émotionnel. Elle vise plus spécifiquement l'étude des effets du soutien aux trois besoins psychologiques de base (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) provenant du médecin de famille et de la famille ainsi que du coping émotionnel sur la santé psychologique et la douleur subjective à trois mois chez des adultes souffrant de douleur chronique. Cette étude de type longitudinal a été réalisée auprès de patients référés ou encore se présentant pour une consultation dans une clinique médicale du Saguenay-Lac-St-Jean afin de consulter un

médecin omnipraticien spécialisé dans le traitement de la douleur chronique. Au total, 242 adultes (153 femmes, 82 hommes et 7 personnes ayant omis d'inscrire leur sexe) ont participé au Temps 1 (temps de départ) alors que 166 adultes (108 femmes et 58 hommes) âgés en moyenne de 55,68 ans ont participé au Temps 2 (trois mois plus tard). L'objectif du présent essai vise à étudier deux modèles de prédiction par le biais d'analyses de régression multiple. Pour le modèle 1 qui consistait à prédire la santé psychologique à trois mois, les résultats ont démontré que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille a permis de prédire la santé psychologique au T2 (H1) et que le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la santé psychologique au T2 (H2). Les analyses exploratoires pour cette seconde hypothèse ont révélé cependant que le coping émotionnel a permis de prédire le fonctionnement psychologique. Pour le modèle 2 visant à prédire la douleur subjective à trois mois, les résultats ont montré que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2 (H3). Les analyses exploratoires ont montré toutefois que le soutien au besoin de compétence provenant du médecin a permis de prédire la douleur subjective. Quant au coping émotionnel, bien qu'il n'ait pas permis de prédire la douleur subjective au T2 (H4), les analyses exploratoires indiquent que seul le processus et non l'expression émotionnelle a permis de prédire plus de douleur subjective de type affective et sensorielle au T2. L'étude actuelle permet également de mettre en lumière l'importance de la famille au niveau du soutien des besoins psychologiques sur la santé psychologique de personnes souffrant de douleur chronique. Elle a permis d'observer que le soutien à la compétence fourni essentiellement par les médecins, possiblement en raison

de leur champ d'expertise professionnelle est un prédicteur significatif de la douleur subjective. La présente étude démontre que le seul emploi du processus émotionnel peut s'apparenter à de la rumination. Enfin, elle soutient également l'intérêt de mesurer le coping émotionnel à l'aide du coping d'approche émotionnelle situationnel et dispositionnel de Bauer et al. (2016).

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières	v
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vii
Remerciements	viii
Introduction	1
Chapitre 1 : Soutien aux besoins psychologiques et coping émotionnel sur la santé psychologique et la douleur subjective	28
Conclusion générale	76
Références de l'introduction et de la conclusion générale	81
Appendice A : Approbation éthique	91
Appendice B : Normes de publication de la Revue québécoise de psychologie	93
Appendice C : Formulaire de consentement	99
Appendice D : Questionnaire	104

Liste des tableaux

Tableau

1 : Minimums, maximums, moyennes et écart-types des variables à l'étude aux T1 et T2	49
2 : Matrice de corrélations de Pearson des variables à l'étude aux T1 et T2	50
3 : Régressions multiples des variables prises globalement du soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille (T1) et des variables prises individuellement du soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin, du soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille (T1) sur la santé psychologique (T2)	51

Liste des figures

Figure

- 1 : Prédications du soutien aux trois besoins psychologiques et du coping émotionnel sur la santé psychologique à trois mois.....25
- 2 : Prédications du soutien aux trois besoins psychologiques et du coping émotionnel sur la douleur subjective à trois mois.....25

Remerciements

Plusieurs personnes sont à remercier au terme de la réalisation de cet essai.

L’auteure souhaite adresser des remerciements :

À Mme Claudie Émond, directrice de recherche. Merci pour la relation humaine et chaleureuse vécue et pour votre engagement sincère tout au long des nombreuses années qui ont constituées mon parcours doctoral. Merci également pour le savoir prodigué ainsi que la rigueur enseignée.

À Mmes Amélie Gagnon et Isabelle Tremblay, chercheuses ayant participé à la mise en place de ce projet de recherche dans le milieu clinique, à la collecte de données ainsi qu’à la traduction d’un instrument de mesure.

À Mme Camille Guertin pour la réalisation des analyses statistiques et la collaboration à la rédaction d’un article scientifique.

À M. Simon Gilbert pour la mise aux normes de l’essai et à Mme Érica Boivin pour la correction orthographique de l’essai.

Aux participants de la présente étude. Merci de votre ouverture et votre générosité à partager cet aspect douloureux de votre quotidien.

À Mmes Karine Côté et Michèle Carrier-Villeneuve et M. Michel Turcotte, membres du personnel de l'UQAC. Merci pour votre investissement bienveillant à l'égard de la professionnelle en devenir que j'étais. Merci d'avoir cru en moi et en mon projet d'étude doctoral.

Aux personnes ayant composées ma cohorte de programme. Merci d'avoir ponctué ma scolarité par d'innombrables souvenirs mémorables. Merci Amélie, Angèle, Audrey et Marielle.

À mes collègues du CRSSS de la Baie-James et du CRDP de Jonquière. Merci de votre intérêt à diffuser les connaissances acquises lors de la réalisation de cet essai et du support apporté lors de la fin de mon parcours doctoral. Merci Bianca, Josée, Mireille, Martine P., Martine T. et Dominique. Merci également à ma collègue Véronique du CPEJ.

À mes grandes amies. Merci Julie pour ton amitié indéfectible. Merci Marielle et Camylle pour votre soutien inconditionnel.

À ma famille et ma famille élargie. Merci pour votre amour, les encouragements et les vœux pieux témoignés au fil de ces années. Merci d'avoir contribué, chacun à votre façon, à la réalisation de mon rêve. Un grand merci à tante Huguette et oncle Luc pour le dévouement et l'hospitalité exprimés à mon endroit. Un merci spécial à Marilyn pour avoir écouté patiemment maintes réflexions et états d'âme sur le (même) sujet. Je ne saurais

vous exprimer toute ma gratitude, milles mercis sont adressés à mon père, à sa conjointe Isabelle, à ma jumelle et à son mari Maxime (ainsi qu'à ses parents) et à mon frère Pierre-Marc. Une pensée est exprimée à ma mère, avec qui naquit le premier espoir de ce grand accomplissement.

À mon amoureux Samuel. Merci de m'avoir accompagnée pendant la fin de mon parcours doctoral, une période courte en termes de temps, mais certainement digne de mention en raison de son intensité.

Enfin, je souhaite dédier mon essai doctoral aux enfants de ma vie : Annabelle, Charles, Alexis, François-Xavier, Sofia et mon filleul Nolan. Que ce lègue de persévérance puisse vous inspirer à croire en vos potentialités et à vous accomplir pleinement.

« Les fruits [ont dépassés] les promesses des fleurs. »

- Paul Claudel

Introduction

La douleur chronique touche entre 15 à 22 % des Canadiens (Gilmour, 2015; Ramage-Morin & Gilmour, 2010; Schopflocher, Taenzer & Jovey, 2011). La prévalence de la douleur chronique pourrait augmenter considérablement au cours des prochaines années, en tenant compte qu'elle augmente avec l'âge (Ramage-Morin & al., 2010) et compte tenu du vieillissement grandissant de la population (Statistique Canada, 2015). La douleur chronique se répercute dans de nombreux domaines de la vie des gens (Ramage-Morin, 2008), tels que les activités quotidiennes, le travail, l'utilisation des soins de santé ainsi que le bien-être général et psychosocial des personnes atteintes (Ramage-Morin & al., 2010). Une enquête menée auprès de Canadiens âgés entre 18 et 64 ans souffrant de douleur chronique avait démontré que malgré l'essai de traitements, 72 % des répondants avaient déclaré souffrir de douleur plus de douze heures par jour (Canadian Pain Coalition & Boston Scientific, 2014). Les coûts humains et sociaux associés à la douleur chronique sont considérables; celle-ci constitue également un coût économique énorme pour la société. La Société canadienne de la douleur estime que la douleur chronique coûte entre 55 à 60 milliards de dollars à chaque année en soins de santé et en perte de productivité (Canadian Pain Society, 2014).

Les impacts de la douleur chronique sont multiples, tout comme le sont les facteurs qui engendrent la chronicité (Beaupré & McKerral, 2012). Au-delà de sa nature physiologique, plusieurs facteurs psychosociaux sont impliqués dans l'expérience

douloureuse (Turk & Okifuji, 2002). Ces facteurs contribuent au développement, au maintien et à l'exacerbation de la douleur chronique (Cui, Matsushima, Aso, Masuda & Makita, 2009; Turk & al., 2002). La présente recherche cible l'étude de deux facteurs psychosociaux impliqués dans la douleur chronique en lien avec la santé psychologique et la douleur subjective : le soutien aux trois besoins psychologiques et le coping émotionnel. Elle a pour objectif d'étudier les effets du soutien aux trois besoins psychologiques (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) provenant du médecin de famille et de la famille ainsi que du coping émotionnel sur la santé psychologique et la douleur subjective à trois mois chez des adultes souffrant de douleur chronique. L'étude actuelle vise à bonifier les connaissances scientifiques du phénomène dans l'optique de mieux comprendre et éventuellement, traiter et prévenir la douleur chronique.

La douleur chronique

Définition de la douleur et de la douleur chronique. L'Association internationale sur l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain, 1979; 1994; 2002; 2011) (IASP) et la 11^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11) (World Health Organization, 2018) définissent la douleur comme étant une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion ». L'expérience sensorielle concerne tout ce qui a trait à la détection de la douleur, sa localisation, son intensité et son irradiation. L'expérience émotionnelle réfère à l'aspect désagréable et insupportable de cette douleur (Melzack & Casey, 1968). Beaucoup de

personnes rapportent des douleurs en l'absence de lésions tissulaires ou de causes pathophysiologiques, ce qui explique pourquoi elle est associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle (International Association for the Study of Pain, 2017).

Cette définition intègre la dimension affective de l'expérience douloureuse à la dimension sensorielle (Melzack & Wall, 1989). Ainsi, la douleur est un phénomène caractérisé non seulement par une composante sensorielle mais aussi par une composante affective, ce qui lui confère ses caractéristiques d'expérience subjective et singulière (Lumley & al., 2011; Turk & Wilson, 2013). La perception de la douleur est influencée par divers facteurs psychosociaux (p. ex. : les émotions, le contexte social, le contexte environnemental, les antécédents socioculturels, les croyances et la signification subjective de la douleur (Beaupré & al., 2012; Turk & al., 2002)), jouant un rôle important dans le développement, le maintien et l'exacerbation de la douleur chronique (Cui & al., 2009; Turk & al., 2002). La douleur devient chronique avec la confluence de divers facteurs (Cui & al., 2009; Turk & al., 2002); elle peut donc être perpétuée par des facteurs qui sont à la fois « pathogéniquement » et physiquement éloignée de la cause d'origine (Muaka Dituba, 2012).

Plusieurs chercheurs contemporains ont présenté des classifications dans l'optique de mieux définir la douleur (Doleys, 2014; Schopflocher & al., 2011). Traditionnellement, la douleur était décrite comme aiguë, chronique ou encore sous-jacente à un cancer (Doleys, 2014). La douleur aiguë est généralement considérée comme adaptative, elle

alerte l'organisme à propos d'un dommage tissulaire réel ou potentiel. La douleur chronique outrepassa le caractère de signal d'alarme que présente la douleur aiguë puisqu'elle se prolonge dans le temps, malgré la résolution de l'évènement déclencheur (Marchand, 2009) et un traitement adéquat (American Psychological Association, 2007). Une douleur deviendra chronique si elle persiste plus de trois mois tandis qu'une douleur aiguë dure généralement moins de trente jours (International Association for the Study of Pain, 2002). La définition de la douleur chronique de l'IASP (1979; 1994; 2002; 2011) apparaît faire l'objet de consensus au sein de la communauté scientifique puisqu'elle a été reprise dans la 11^e révision de la Classification internationale des maladies (qui est parue en juin 2018 et qui entrera en vigueur en janvier 2022 (World Health Organization, 2018)).

Statistiques concernant la prévalence de la douleur chronique. La douleur chronique semble relativement courante, mais les évaluations publiées sur sa prévalence au sein de la population sont variables en raison des différences retrouvées dans la définition de la douleur chronique et la méthode retenue dans les études (Schopflocher & al., 2011). Un consensus se dégage selon lequel il existe une forte prévalence (c.-à-d. de 2 % à 40 %) de douleur chronique chez les populations adultes qui habitent dans des pays industrialisés (Schopflocher & al., 2011).

L'étude de Reitsma, Tranmer, Buchanan et Vandenkerkhof (2011) traite de l'estimation de la prévalence de la douleur chronique au Canada par la reprise des données de 1994 à 2008 de l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur la

santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Elle a permis d'estimer la prévalence de la douleur chronique de 15,1 % à 18,9 % chez les Canadiens et de démontrer qu'elle était plus fréquente chez les femmes (de 16,5 % à 21,5 %) et chez les personnes âgées (23,9 % à 31,3 %). Les données de l'ESCC de 2007-2008 (Ramage-Morin & al., 2010) suggéraient qu'elle touchait plus de 1,5 million de Canadiens de 12 à 44 ans, soit 9 % d'hommes et 12 % de femmes. Une étude de Schopflocher et al. (2011) indique que la prévalence de la douleur chronique se situait à 16 % chez les Canadiens de plus de 18 ans. Toujours selon cette étude, elle était plus élevée chez les adultes plus âgés, et les femmes présentaient une prévalence plus élevée à un âge avancé que les hommes (31,5 % chez les femmes et 22,2 % chez les hommes âgés de 66 ans et plus). Environ la moitié des participants mentionnaient en souffrir depuis plus de dix ans. Environ le tiers des participants qui signalaient des douleurs chroniques en évaluaient l'intensité dans la catégorie très grave. Les données les plus récentes répertoriées provenant de l'ESCC de 2011-2012 (Gilmour, 2015), qui estimait à 6 millions le nombre de Canadiens âgés de 18 ans et plus faisant état de douleur chronique, soit 22 % des Canadiens, ce qui constitue potentiellement une augmentation comparativement au 16 % répertorié par Schopflocher et ses collègues en 2011.

En bref, l'absence de consensus dans la définition et la classification de la douleur chronique ne permet pas d'en établir un portrait juste. Selon les études recensées (Gilmour, 2015; Reitsma & al., 2011; Schopflocher & al., 2011), 15 à 22 % des Canadiens souffriraient de douleur chronique. Celle-ci toucherait davantage les femmes (Ramage-

Morin & al., 2010; Reitsma & al., 2011) et serait plus fréquente à un âge plus avancé (Schopflocher & al., 2011). En plus de ses conséquences sur la santé physique, elle se répercute dans tous les domaines de vie, que ce soit au niveau des activités quotidiennes (Canadian Pain Coalition & al., 2014), des activités professionnelles (Canadian Pain Coalition & al., 2014; Ramage-Morin & al., 2010), des relations interpersonnelles (Canadian Pain Coalition & al., 2014) ainsi que sur la santé psychologique (Choinière & al., 2010; Gilmour, 2015; Ramage-Morin & al., 2010) et financière (Choinière & al., 2010; Ramage-Morin & al., 2010) des personnes atteintes de douleur chronique.

Statistiques concernant les conséquences de la douleur.

Les activités quotidiennes. L'enquête menée par la Canadian Pain Coalition et la Boston Scientific Corporation (2014) a révélée que la réalisation des activités quotidiennes simples comme se doucher, s'habiller et faire des tâches ménagères exigeait des efforts importants pour les personnes souffrant de douleur chronique. La capacité à faire des exercices en était influencée également; 70 % des répondants ont mentionné que de pratiquer une activité physique s'avérait difficile à gérer pour eux et 15 % des répondants ont dit en être complètement incapables.

Les activités professionnelles. Les données de l'ESCC de 2007-2008 ont permis d'indiquer qu'au cours de la semaine précédant l'entrevue, 78 % des hommes¹ et 65 %

¹ Une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

des femmes² âgés de 25 à 44 ans occupaient un emploi comparativement à 87 % des hommes et 72 % des femmes n'éprouvant pas de douleur (Ramage-Morin & al., 2010). Une enquête menée par la Canadian Pain Coalition et la Boston Scientific Corporation (2014) auprès de 1003 Canadiens âgés entre 18 et 64 ans souffrant de douleur chronique démontrait qu'au cours des 12 derniers mois, les participants avaient dû s'absenter pendant une moyenne de 8 jours de travail en raison de leur condition et pour 4 % d'entre eux, ce sont plus de 49 jours qu'ils ont dû manquer. De plus, quatre personnes sur dix croyaient que des opportunités au travail leurs avaient échappées en raison de leur douleur chronique.

Les relations interpersonnelles. La douleur chronique affectait également les relations interpersonnelles avec la famille et les amis. Selon l'enquête menée par la Canadian Pain Coalition et la Boston Scientific Corporation (2014), 29 % des répondants rapportaient ne pas parler à leur famille ni à leurs amis de leur douleur chronique; 2 % des répondants disaient que leur famille et leurs amis ne les invitaient plus à participer à des activités sociales; 16 % des répondants mentionnaient que leur famille ou leurs amis ne comprenaient pas leur condition ni l'impact de la douleur chronique sur eux; 32 % des répondants affirmaient que leur famille ou leurs amis les supportaient mais qu'ils ne comprenaient pas nécessairement l'impact de la douleur chronique sur leur vie et 21 %

² Une valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$) et significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).

des répondants exprimaient que leur famille ou leurs amis étaient très compréhensifs à propos de leur condition et de son impact sur leur vie.

La santé psychologique. Les données de l'ESCC de 2007-2008 révélaient que la prévalence des troubles de l'humeur était quatre fois plus élevée chez les hommes et trois fois plus élevée chez les femmes éprouvant de la douleur chronique que chez les personnes ne souffrant pas de douleur chronique (Ramage-Morin & al., 2010). Les troubles d'anxiété étaient trois fois plus élevés chez les hommes et les femmes éprouvant de la douleur chronique que chez les personnes ne souffrant pas de douleur chronique. Quant aux données de l'ESCC de 2011-2012, l'analyse de Gilmour (2015) suggérait que la prévalence d'une santé mentale qualifiée par les chercheurs de florissante³ au sein de la population souffrant de douleur chronique était relativement élevée (69 %), mais elle demeurait nettement inférieure à celle observée chez les personnes ne présentant pas cette condition (79 %). Les personnes ayant des douleurs d'intensité faible ou moyenne étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir une santé mentale florissante que celles ayant des douleurs de forte intensité, même lorsque les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques liées à la santé étaient prises en compte. De plus, la probabilité d'une santé mentale florissante augmentait lorsque diminuaient l'intensité de la douleur et la restriction des activités en raison de la douleur.

³ Dans le cadre de l'étude de Gilmour (2015), le concept de santé mentale florissante référait à un sentiment positif à l'égard de la vie ainsi qu'à une bonne santé fonctionnelle. La personne devait avoir répondu « presque tous les jours » ou « tous les jours » à au moins une des trois questions sur le bien-être émotionnel et à au moins six des onze questions sur le bien-être social et psychologique, au questionnaire portant sur la santé mentale (CSM-QA).

Une étude de Choinière et ses collaborateurs (2010) auprès de 88 patients Canadiens prenant part à une évaluation initiale dans un établissement pluridisciplinaire du traitement de la douleur a montré qu'un quart des patients souffrant de douleur chronique avaient eu des idéations suicidaires passives (20 %) ou actives⁴ (5 %) au cours de la semaine précédant l'administration du questionnaire. Lorsqu'interrogés sur les 12 derniers mois, 28 % ont déclaré avoir sérieusement envisagé le suicide, 11 % avaient un plan concret et 2 % avaient déjà fait une tentative de suicide. Les résultats démontraient que le fait d'être en congé d'invalidité ou d'être sans emploi, d'avoir une mauvaise qualité de sommeil, de percevoir sa santé mentale comme s'étant dégradée, de se sentir impuissant par rapport à sa douleur, de prendre des antidépresseurs ou d'utiliser des drogues illicites pour soulager la douleur augmentaient les probabilités de présenter des idéations suicidaires chez les personnes souffrant de douleur chronique.

Les coûts qu'elle engendre. Les personnes souffrant de douleur chronique sont plus susceptibles que celles n'éprouvant pas de douleur chronique d'utiliser divers services de soins de santé, y compris de nombreux services non couverts par les régimes d'assurance-maladie publics (p. ex. : la consultation d'un psychologue était deux fois plus courante chez les personnes atteintes de douleur chronique que celles n'éprouvant pas de douleur (Ramage-Morin & al., 2010). Le projet canadien STOP-PAIN a estimé que le coût mensuel moyen des soins était évalué à 1462\$ par participant de l'étude et 95 % des

⁴ À titre d'exemples, une idéation suicidaire passive peut consister en le souhait de ne pas se réveiller le matin ou qu'un événement fatal se produise tandis qu'une idéation suicidaire active concerne les plans élaborés par une personne pour mettre fin à ses jours (Société canadienne de psychologie, 2014).

dépenses totales étaient prises en charge de façon privée (Choinière & al., 2010). Rappelons que le coût associé à la douleur chronique est estimé entre 55 à 60 milliards de dollars chaque année au Canada en termes de soins de santé et de perte de productivité (Canadian Pain Society, 2014).

En résumé, les personnes éprouvant de la douleur au quotidien sont plus à risque de vivre de l'anxiété (Ramage-Morin & al., 2010) et des troubles de l'humeur (Ramage-Morin & al., 2010), ce qui se répercute sur leur vie familiale, professionnelle et sociale (Canadian Pain Coalition & al., 2014; Ramage-Morin & al., 2010). Les coûts associés à la douleur chronique sont aussi élevés, que ce soit pour l'individu atteint ou encore pour la société en général (Canadian Pain Society, 2014; Choinière & al., 2010; Ramage-Morin & al., 2010). Les conséquences et les coûts qu'engendre la douleur chronique étayent l'importance de s'intéresser à ses effets sur la santé psychologique des personnes souffrantes. Les personnes souffrant de douleur chronique déclarent que la douleur affecte significativement tous les aspects de leur vie et plus particulièrement, leur bien-être émotionnel et leur joie de vivre (Turk & al., 2008).

La santé psychologique

Actuellement, il n'existe pas de conceptualisation consensuelle de la définition de la santé psychologique. Il s'agit d'un concept multidimensionnel pour lequel les chercheurs ont utilisé des construits variés afin de l'évaluer. Sa mesure implique de considérer simultanément le bien-être psychologique et la détresse psychologique (Massé

& al., 1998), deux construits indépendants mais interreliés (Gilbert, Dagenais-Desmarais & Savoie, 2011; Karademas, 2007). Le bien-être correspond à l'évaluation subjective de sa vie (satisfaction de vie) ainsi qu'au fonctionnement psychologique (c.-à-d., la présence d'émotions positives et peu d'affects négatifs) (Diener, 1984). La détresse psychologique regroupe des construits tels que l'anxiété, la dépression, les problèmes cognitifs et l'irritabilité (Ilfeld Jr, 1976). S'inspirant du modèle de la santé mentale de Labelle et al. (2001), le concept de santé psychologique retenu dans la présente étude regroupera la satisfaction de vie, le fonctionnement psychologique et la détresse psychologique. Les instruments de mesure de cette variable composite seront décrits ultérieurement dans la section « Instruments de mesure ». Puisque le concept de santé psychologique est une variable opérationnalisée pour les fins de la présente étude, les études recensées en lien avec la santé psychologique et la douleur chronique porteront sur les composantes de la santé psychologique, soit la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique (le bien-être psychologique) ainsi que la détresse psychologique.

La santé psychologique et la douleur chronique. La présence d'une affection chronique influence négativement la condition psychologique des individus atteints (Mangelli, Gribbin, Büchi, Allard & Sensky, 2002). Des études ont démontré que le bien-être psychologique pouvait être corrélé avec plusieurs autres variables chez les personnes souffrant de douleur chronique, telles que le niveau d'incapacité physique, les perceptions concernant les conséquences de la maladie et le soutien social par exemple. Schleicher et al. (2005) ont examiné les relations entre le bien-être psychologique, la douleur et le

niveau d'incapacité chez des femmes présentant de la fibromyalgie ou de polyarthrite rhumatoïde et chez des femmes ne présentant pas de telles atteintes. Les résultats suggéraient qu'un niveau de bien-être psychologique plus élevé était associé à moins d'incapacité physique et de fatigue mais pas nécessairement à moins de douleur chez les femmes souffrant de fibromyalgie. L'évaluation positive de soi et de son passé, la maîtrise de l'environnement, la poursuite de buts dans la vie et les relations positives avec les autres sont ressortis comme étant des construits importants expliquant les corrélations entre le bien-être psychologique et le niveau d'incapacité.

Treharne, Kitas, Lyons et Booth (2005) ont étudié les relations entre les facteurs psychosociaux (l'anxiété, la dépression, la satisfaction de vie et les symptômes physiques) et le bien-être chez des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR). Leurs résultats ont démontré l'importance de considérer les facteurs psychosociaux dans l'étude du bien-être de patients atteints de PR. Les perceptions concernant la maladie influençaient le bien-être des patients, en particulier chez ceux étant nouvellement diagnostiqués (au cours des six mois précédents). Les patients percevant des conséquences graves à la PR ont rapporté plus de symptômes de dépression, de douleur, de fatigue et de raideurs matinales ainsi qu'une détérioration de la satisfaction de vie plus marquée que les autres participants. De plus, les patients bénéficiant d'un meilleur soutien social provenant du conjoint, des enfants et d'autres parents et amis ont déclaré une plus grande satisfaction de vie.

Huber, Suman, Biasi et Carli (2008) ont étudié les relations entre la détresse psychologique et le bien-être chez des femmes atteintes de fibromyalgie et de formes de douleur musculo-squelettique chronique similaires. Les résultats montraient que les patientes déclaraient des niveaux de détresse psychologique plus élevés que les personnes en bonne santé. Une plus grande détresse psychologique était liée à un âge plus élevé, à une douleur plus intense, à un nombre de points du corps sensibles à la douleur plus élevé et à un handicap physique plus grand. Quant au bien-être, il était diminué avec un handicap physique plus sévère mais contrairement à la détresse psychologique, il s'avérait indépendant de l'âge, de l'intensité de la douleur et du nombre de points du corps sensibles à la douleur. Ces résultats attestent de la pertinence de mesurer le bien-être distinctement de la détresse psychologique chez les patients souffrant de douleur chronique.

Boonstra, Reneman, Stewart, Post et Preuper (2013) ont comparé la satisfaction de vie de patients souffrant de douleur musculo-squelettique chronique non maligne à des personnes appartenant à la population générale. Les résultats ont révélé que les patients atteints de douleur musculo-squelettique chronique rapportaient une plus faible satisfaction de vie globale ainsi que dans la plupart des domaines de leur vie (p. ex. : la capacité à prendre soin de soi, les loisirs, la situation professionnelle et financière, la vie sexuelle et les contacts avec les amis). L'état matrimonial, la santé mentale, la vitalité et la douleur étaient les prédicteurs les plus consistants de la satisfaction de vie.

En somme, plusieurs études indiquent que le bien-être psychologique est influencé par la présence de douleur chronique (Boonstra & al., 2013; Huber & al., 2008; Schleicher & al., 2005; Treharne & al., 2005;). Le bien-être psychologique peut être corrélé avec plusieurs autres variables chez les personnes souffrant de douleur chronique, telles que le niveau d'incapacité physique (Schleicher & al., 2005), les perceptions concernant les conséquences de la maladie et le soutien social (Treharne & al., 2005) par exemple. Ainsi, des facteurs autres que les caractéristiques physiologiques de la douleur apparaissent être liés à la santé psychologique. Par conséquent, la douleur peut être modulée en partie par la situation psychologique de l'individu mais aussi en fonction de l'environnement (Calvino & Grilo, 2006). La théorie de l'autodétermination est un modèle théorique qui porte sur les caractéristiques de l'environnement qui permettent de soutenir les besoins psychologiques de base des individus.

La théorie de l'autodétermination

La théorie de l'autodétermination (TAD) est un modèle supporté empiriquement qui porte sur la motivation, le développement et le bien-être de l'être humain (Deci & Ryan, 2000; 2002; 2008b). Elle regroupe plusieurs sous-théories et celle étudiée dans le cadre de cette recherche est la théorie du soutien aux besoins psychologiques de base (Deci & Ryan, 2000; 2008a; 2008b; 2012; Deci & Vansteenkiste, 2004; Niemiec, Ryan & Deci, 2010). L'une des prémisses de la TAD est que l'on retrouve chez tous les êtres humains des besoins psychologiques fondamentaux, définis comme étant des nutriments qui

soutiennent les tendances organismiques inhérentes à la croissance et à l'adaptation psychologique (Carré & Fenouillet, 2009; Deci & Vansteenkiste, 2004). Le concept de besoins psychologiques de base permet de décrire les caractéristiques de l'environnement qui soutiennent versus celles qui amoindrissent les tendances naturelles proactives de l'organisme (Sarrazin, Pelletier, Deci & Ryan, 2011).

Les trois besoins psychologiques de base identifiés par la TAD sont l'autonomie, la compétence et l'affiliation interpersonnelle (Deci & Ryan, 2000; 2002; 2008b). Le besoin d'autonomie réfère à la perception des gens que leur comportement émane d'eux (Deci & Ryan, 1985; Niemiec, Ryan & Deci, 2010; Ryan & Connell, 1989) et qu'ils se comportent de façon congruente avec leurs intérêts, valeurs et croyances (Niemiec & al., 2010). Le besoin de compétence désigne l'expérience d'interagir de manière efficace avec l'environnement (Deci & Ryan, 2017; Niemiec & al., 2010) par l'exécution de tâches à la hauteur de ses capacités et par l'atteinte des résultats escomptés (Deci & al., 2000; 2002). Le besoin d'affiliation interpersonnelle correspond au sentiment d'appartenance et d'engagement à l'égard d'autrui (Deci & al., 2000; 2002; Niemiec & al., 2010). L'opposé d'affiliation interpersonnelle est l'isolement social (Niemiec & al., 2010). Les trois besoins psychologiques de base ont été étudiés selon plusieurs domaines d'étude, dont la santé. En contexte de soins, le soutien aux trois besoins psychologiques de base réfère à une meilleure écoute du patient par le personnel médical, une prise en compte de son point

⁵ Postulat selon lequel les êtres humains sont des organismes actifs, naturellement portés vers le développement, la maîtrise des défis issus de l'environnement, l'actualisation de leurs potentialités et l'intégration de nouvelles expériences en un moi cohérent et unifié (Sarrazin, Pelletier, Deci & Ryan, 2011).

de vue et de ses difficultés, un style de communication qui n'est pas basé sur l'autorité ou sur des considérations morales, au souci de fournir des explications et de transmettre des informations destinées à augmenter la confiance du patient dans la réalisation des comportements visés ainsi qu'à la possibilité de faire des choix pour sa santé (Williams, 2002; Williams & Deci, 1998; Williams, Gagné, Mushlin & Deci, 2005).

La TAD en contexte de soins. Plusieurs études ont soutenu que le soutien aux besoins psychologiques de base permettait d'améliorer la santé physique et psychologique des patients (Ng & al., 2012). Kasser et Ryan (1999) ont étudié le soutien à l'autonomie et à l'affiliation interpersonnelle dans une résidence de personnes âgées. Les résultats démontraient que la perception du patient en regard du soutien à l'autonomie offert par le personnel ainsi que par la famille et les amis était associée faiblement à la dépression et fortement au bien-être et à la satisfaction de vie. Quant au soutien à l'affiliation interpersonnelle avec la famille et les amis, il était lié positivement au bien-être.

Williams, Frankel, Campbell et Deci (2000) ont recensé les résultats d'études portant sur les soins de santé basés sur la TAD et centrés sur la relation avec le patient. Les auteurs ont constaté que la qualité des relations entre le patient et le médecin ainsi qu'entre le patient et les membres de sa famille avaient des conséquences importantes pour la santé. Lorsque les médecins apportaient davantage de soutien au niveau de l'autonomie du patient ou étaient plus centrés sur la relation avec le patient, les patients faisaient montre d'une plus grande satisfaction, d'une meilleure adhésion au traitement et

d'une meilleure santé physique et psychologique. De plus, lorsque les membres de la famille du patient avaient des interactions positives entre eux, les patients présentaient une meilleure santé physique et psychologique ainsi qu'une utilisation moins fréquente des soins de santé.

Williams, McGregor, King, Nelson et Glasgow (2005) ont examiné les relations entre le soutien à l'autonomie offert par le médecin, le niveau de compétence perçu par le patient à autogérer sa glycémie, les symptômes dépressifs et la satisfaction de patients atteints de diabète. Les résultats démontraient que le soutien à l'autonomie était lié significativement à la compétence perçue, à une diminution des symptômes dépressifs, à la satisfaction du patient et indirectement au contrôle de la glycémie. De plus, la compétence perçue était liée significativement à une diminution des symptômes dépressifs, à la satisfaction du patient et au contrôle glycémique.

Les études faisant référence à la TAD portent davantage sur la mesure du soutien à l'autonomie offert par les médecins et les autres professionnels de la santé à leurs patients et concernent généralement les comportements de santé liés à la santé physique et à la durée de la vie (p. ex. : l'abstinence tabagique, l'activité physique, le régime alimentaire et l'adhérence médicamenteuse) (Deci & Ryan, 2009). Très peu d'études portent sur le soutien aux trois besoins psychologiques de base en lien avec une population souffrant de douleur chronique et aucune ne concerne à la fois le soutien aux trois besoins provenant du médecin et le soutien aux trois besoins provenant de la famille.

La TAD, la douleur chronique et la santé psychologique. La thèse doctorale d'Uysal (2010) propose deux études dont l'une apparaît plus pertinente à l'étude actuelle. Elle visait l'examen du rôle de la perception du soutien à l'autonomie provenant de l'entourage auprès de personnes souffrant de douleur chronique. Les résultats montraient que le soutien à l'autonomie perçu prédisait une douleur plus faible et un plus grand bien-être psychologique après trois mois. La satisfaction des besoins psychologiques agissait comme variable médiatrice de l'association longitudinale entre le soutien à l'autonomie et l'intensité des douleurs. Le soutien d'un environnement favorable à l'autonomie des personnes souffrant de douleur chronique était plus susceptible de satisfaire les trois besoins psychologiques et par conséquent, de diminuer l'intensité de la douleur et d'améliorer le bien-être psychologique.

Ryan et McGuire (2016) ont cherché à déterminer entre autres si la satisfaction des trois besoins psychologiques pouvait prédire à la fois des résultats liés à la douleur (intensité de la douleur et interférence de la douleur) et des résultats psychologiques (dépression et anxiété) chez des patients atteints d'arthrite rhumatoïde. L'étude a démontré que la dépression pouvait prédire le niveau auquel le besoin d'appartenance sociale était satisfait alors que l'anxiété pouvait prédire le niveau auquel le besoin d'autonomie était répondu.

Uysal, Ascigil et Turunc (2017) se sont intéressés à l'effet du soutien à l'autonomie offert par le conjoint sur la satisfaction des besoins et le bien-être psychologique à six

mois chez des personnes souffrant de douleur musculo-squelettique chronique. Les résultats suggéraient que le soutien à l'autonomie de la part du conjoint prédisait une augmentation de la satisfaction des trois besoins psychologiques et que la satisfaction des trois besoins psychologiques prédisait une augmentation du bien-être psychologique des personnes souffrant de douleur chronique. Ces résultats s'avéraient indépendants de l'intensité de la douleur.

Les trois études recensées permettent de soutenir l'effet positif du soutien aux trois besoins psychologiques de base sur la santé psychologique des personnes souffrant de douleur chronique. En plus de l'expérience sensorielle, la douleur se caractérise par une expérience émotionnelle désagréable avec laquelle l'individu doit s'ajuster. Les stratégies d'adaptation et de régulation des émotions jouent un rôle central dans l'adaptation émotionnelle à la douleur chronique (Dima, Gillanders & Power, 2013). La présente étude cible plus particulièrement le coping centré sur les émotions via l'approche par le coping émotionnel (ACE) (Stanton, Danoff-Burg, Cameron & Ellis, 1994; Stanton, Kirk, Cameron & Danoff-Burg, 2000).

Le coping émotionnel

Ce concept s'inscrit dans le paradigme de la théorie cognitive du stress initiée par Lazarus et Folkman (1984) en lien avec les premières recherches sur les mécanismes d'adaptation (Hartmann, 2008). Le coping est défini par « des changements constants d'efforts cognitifs et comportementaux servant à gérer des demandes internes et/ou

externes spécifiques qui sont évaluées comme étant excédantes aux ressources de l'individu » (Lazarus & al., 1984). Ces auteurs ont proposé deux types de coping : le coping centré sur le problème (c.-à-d. les efforts pour gérer ou modifier un problème causant de la détresse) et le coping centré sur les émotions (c.-à-d. les efforts pour réguler les réponses émotionnelles de la détresse).

En lien avec le coping centré sur les émotions, Stanton et al. (1994; 2000) ont développé et opérationnalisé l'approche par le coping émotionnel (ACE). Cette approche est considérée comme une forme de régulation émotionnelle (Marroquin, Czamanski-Cohen, Weihs & Stanton, 2016) qui implique des « efforts pour pallier aux émotions négatives entourant » une situation ou un événement (Stanton & al., 2000). Elle regroupe deux composantes distinctes mais se chevauchant : le processus émotionnel et l'expression émotionnelle (Stanton & al., 2000). Le processus émotionnel réfère aux tentatives actives de reconnaître, d'explorer et de comprendre ses émotions alors que l'expression émotionnelle représente les efforts actifs verbaux et non-verbaux pour communiquer ou symboliser des expériences émotionnelles liées au stress.

Plusieurs recherches ont démontré le potentiel d'adaptation de la régulation des émotions sur la santé et le bien-être psychologique (Austenfild & Stanton, 2004; Hoyt, Stanton, Irwin & Thomas, 2013; Stanton, 2011; Stanton & al., 2000). Plus spécifiquement à l'ACE, les attributs du contexte interpersonnel, de l'expérience stressante et de l'individu peuvent être des modérateurs importants du coping émotionnel (Stanton,

Sullivan & Austenfeld, 2009). L'ACE s'avère plus efficace lorsqu'utilisée dans un contexte socialement réceptif aux émotions (Austenfeld & al., 2004). Le processus émotionnel aide à percevoir moins de stress dans la vie quotidienne et à favoriser un sentiment général de bien-être tandis que l'expression des émotions à des membres d'un réseau social supportant permet aux individus de percevoir moins négativement le facteur de stress, de se sentir plus outillés pour le gérer et d'avoir une réponse plus positive face à ce dernier (Juth, Dickerson, Zoccola & Lam, 2015).

Le coping émotionnel, la douleur chronique et la santé psychologique. Parmi les études portant sur le coping émotionnel, seulement quelques-unes concernent des personnes souffrant de douleur chronique. Smith, Lumley et Longo (2002) se sont intéressés aux relations entre l'ACE, la douleur et l'adaptation chez des personnes atteintes de douleur myofasciale chronique. Les résultats suggéraient que l'ACE était associée à moins de douleur et à moins de dépression. Ainsi, la conscience de ses émotions et leur expression volontaire favorisaient l'adaptation à la douleur chronique.

Van Middendorp et al. (2008) ont étudié les émotions et les stratégies de régulation des émotions de femmes atteintes de fibromyalgie. Cette étude a permis d'observer que les émotions négatives et l'utilisation de stratégies d'évitement émotionnel étaient élevées et que les émotions positives étaient réduites au sein de l'échantillon. Des difficultés à identifier ses émotions étaient présentes puisque l'échelle d'alexithymie⁶ montrait une

⁶ L'échelle d'alexithymie mesure les « difficultés à identifier ses émotions » (Van Middendorp & al., 2008).

grande déviation par rapport à la normale. Les stratégies d'évitement émotionnel étaient fortement corrélées avec une plus grande détresse psychologique et étaient modérément corrélées avec plus de douleur et de fatigue alors que les stratégies de l'ACE étaient liées à un meilleur fonctionnement affectif.

Burger et al. (2016) ont développé une nouvelle thérapie brève s'intéressant à l'attribution d'une cause psychologique à la douleur ainsi qu'à la conscience et à l'expression émotionnelle et l'ont évaluée auprès de patients atteints de douleur musculo-squelettique. Cette thérapie a permis d'augmenter l'utilisation de l'ACE chez les patients par la bonification des stratégies de différenciation, de compréhension et d'expression des émotions. De plus, l'ACE était associée à une diminution des symptômes dépressifs et de la détresse psychologique alors que l'attribution d'une cause psychologique à la douleur et la conscience émotionnelle étaient associées à une diminution de la douleur.

Les quelques études concernant l'ACE auprès de populations de personnes souffrant de douleur chronique suggèrent que l'utilisation de stratégies centrées sur les émotions favorise l'adaptation. Elle contribuerait à une amélioration du bien-être psychologique ainsi qu'à une diminution de la douleur rapportée.

La présente étude examine deux facteurs psychosociaux de la douleur chronique en lien avec la santé psychologique et la douleur subjective : le soutien aux trois besoins psychologiques et le coping émotionnel. La recension des écrits des variables étudiées

permet de dégager les constats suivants : 1- Très peu d'études (3) portent sur le soutien aux trois besoins psychologiques en lien avec une population souffrant de douleur chronique et aucune ne concerne à la fois le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille et; 2- Très peu d'études (3) portent sur le coping émotionnel tel qu'opérationnalisé par Stanton et ses collaborateurs (1994; 2000) en lien avec des personnes souffrant de douleur chronique. Par conséquent, il appert qu'il s'agit de la première recherche à utiliser un devis longitudinal pour étudier simultanément les variables du soutien aux trois besoins psychologiques par le médecin et la famille, du coping émotionnel, de la santé psychologique et de la douleur subjective chez des adultes souffrant de douleur chronique.

Objectifs de l'étude

Au-delà de la nature physiologique de la douleur, la présente étude porte sur l'examen des facteurs psychosociaux impliqués dans la douleur chronique par l'étude des effets du soutien aux trois besoins psychologiques de base (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) offert par le médecin de famille et la famille et du coping émotionnel sur la santé psychologique et la douleur subjective à trois mois chez des adultes souffrant de douleur chronique. Pour ce faire, deux modèles de prédiction ont été analysés, soit le modèle 1 qui porte sur les prédictions de la santé psychologique et le modèle 2 qui examine les prédictions de la douleur subjective à trois mois. Ces deux modèles sont présentés respectivement à la Figure 1 et à la Figure 2.

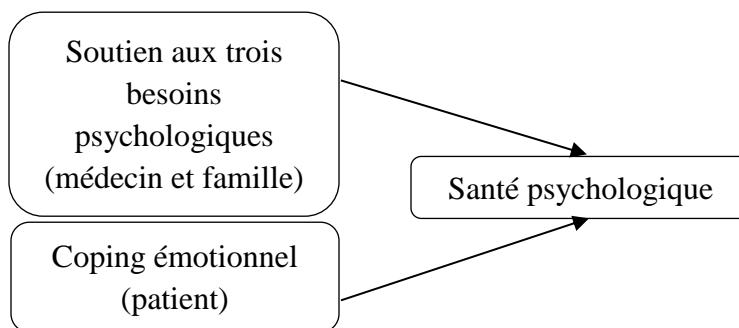


Figure 1. Prédications du soutien aux trois besoins psychologiques et du coping émotionnel sur la santé psychologique à trois mois

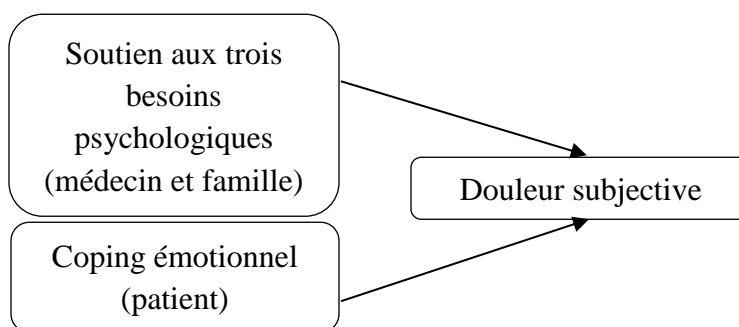


Figure 2. Prédications du soutien aux trois besoins psychologiques et du coping émotionnel sur la douleur subjective à trois mois

Les hypothèses 1 (H1) et 2 (H2) proviennent de la figure 1 et s'énoncent comme suit :

H1: Le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin de famille et de la famille au départ (temps 1) prédit la santé psychologique à trois mois (temps 2) chez des adultes souffrant de douleur chronique.

H2 : Le coping émotionnel au départ (temps 1) prédit la santé psychologique à trois mois (temps 2) chez des adultes souffrant de douleur chronique.

Les hypothèses 3 (H3) et 4 (H4) réfèrent à la figure 2 :

H3 : Le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin de famille et de la famille au départ (temps 1) prédit la douleur subjective à trois mois (temps 2) chez des adultes souffrant de douleur chronique.

H4 : Le coping émotionnel au départ (temps 1) prédit la douleur subjective à trois mois (temps 2) chez des adultes souffrant de douleur chronique.

Avant-propos

La présente étude s'insère dans un projet de recherche intitulé « Effets du support à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, de la motivation et du coping émotionnel sur le bien-être de patients du Saguenay-Lac-Saint-Jean souffrant de douleur chronique » qui a reçu l'approbation éthique du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi (Appendice A). Cet essai doctoral a été rédigé sous forme d'article scientifique, conformément aux normes de publication de la Revue québécoise de psychologie (Appendice B). L'article nommé *Soutien aux trois besoins psychologiques et coping émotionnel sur la santé psychologique et la douleur subjective* est présenté au Chapitre 1 de cet essai. Celui-ci expose le contexte théorique de la recherche, la méthode utilisée, les résultats obtenus, la discussion des résultats, des retombées théoriques et pratiques, des forces et limites de l'étude ainsi que de l'orientation de recherches futures.

Chapitre 1

Soutien aux besoins psychologiques et coping émotionnel sur la santé psychologique et la
douleur subjective

**SOUTIEN AUX BESOINS PSYCHOLOGIQUES ET COPING ÉMOTIONNEL SUR LA SANTÉ
PSYCHOLOGIQUE ET LA DOULEUR SUBJECTIVE**

**BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS AND EMOTIONAL APPROACH COPING ON PSYCHOLOGICAL
HEALTH AND SUBJECTIVE PAIN**

Claudya GIRARD

Université du Québec à Chicoutimi

claudya.girard@uqac.ca

Claudie ÉMOND*

Professeure

Université du Québec à Chicoutimi

555 Boulevard de l'Université,

Saguenay, Québec, Canada, G7H 2B1

Téléphone : 418-545-5011 (5357)

Télécopieur : 418-615-1205

Claudie_Emond@uqac.ca

Camille D. GUERTIN

Université d'Ottawa

cguer052@uottawa.ca

*Auteur de correspondance

SOUTIEN AUX BESOINS PSYCHOLOGIQUES ET COPING ÉMOTIONNEL SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ET LA DOULEUR SUBJECTIVE

Claudya GIRARD^a, Claudie ÉMOND^a, Camille D. GUERTIN^b

^aUniversité du Québec à Chicoutimi, ^bUniversité d'Ottawa

Résumé

L'objectif de cet article est de présenter les résultats d'une étude portant sur les effets du soutien aux trois besoins psychologiques de base (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) provenant du médecin de famille et de la famille et du coping émotionnel à l'aide de l'Approche par le coping émotionnel de Stanton, Danoff-Burg, Cameron et Ellis (1994) et de Stanton, Kirk, Cameron et Danoff-Burg (2000) sur la santé psychologique et la douleur subjective à trois mois chez des adultes souffrant de douleur chronique. Les analyses de régression multiple ont démontré que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille a permis de prédire la santé psychologique au T2 (H1); que le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la santé psychologique au T2 mais seulement le fonctionnement psychologique (H2); que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2 mais que seul le soutien au besoin de compétence provenant du médecin a permis de la prédire (H3) et; que le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2 mais que le processus et non l'expression émotionnels a permis de prédire plus de douleur subjective affective et sensorielle (H4) chez des adultes souffrant de douleur chronique. La présente étude atteste de l'importance du soutien familial aux besoins psychologiques sur la santé psychologique de personnes souffrant de douleur chronique. Elle démontre que le soutien du médecin à la compétence est un prédicteur significatif de la douleur subjective. Elle suggère également que le seul emploi du processus émotionnel peut s'apparenter à de la rumination. Enfin, la présente étude soutient l'intérêt de poursuivre la recherche sur la douleur chronique à l'aide du coping d'approche émotionnelle situationnel et dispositionnel de Bauer et al. (2016).

Mots clés : Soutien aux trois besoins psychologiques, coping émotionnel, santé psychologique, douleur chronique, devis longitudinal

Abstract

The goal of the present article is to present the results from a study examining the effects of basic psychological need support (autonomy, competence, and relatedness) provided by primary care physicians and family members, and of emotional coping using the Emotional Coping Approach of Stanton, Danoff-Burg, Cameron, and Ellis (1994) and Stanton, Kirk, Cameron and Danoff-Burg (2000) on psychological health and subjective pain in adults suffering from chronic pain over a 3-month period. Multiple regression analyses demonstrated that support of the three basic psychological needs provided by the family predicted psychological health at Time 2 (H1); that emotional coping did not predict psychological health at T2, except for psychological functioning (H2); that support of the three basic psychological needs provided by the physician and family members did not predict subjective pain at T2, but that competence support provided by the physician can predict subjective pain (H3); and that emotional coping did not predict subjective pain at T2, although emotional processing (and not emotional expression) could predict more affective and sensory subjective pain (H4) amongst adults suffering from chronic pain. This study shows the importance of family support to psychological needs on psychological health of people suffering from chronic pain. It demonstrates that physician's competence support is a significant predictor of subjective pain. It also suggests that the sole use of emotional processing can be compared to rumination. Finally, this study confirms the interest of further scientific research on chronic pain using Bauer and al.'s (2016) situational and dispositional emotional coping strategies.

Key words : Basic Psychological Needs, Emotional Approach Coping, Psychological Health, Chronic Pain, Longitudinal Design

INTRODUCTION

La douleur chronique est une problématique de santé majeure, comme en témoigne sa prévalence élevée et ses conséquences nombreuses au niveau biopsychosocial. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2011-2012 a permis d'estimer à six millions le nombre de Canadiens âgés de 18 ans et plus faisant état de douleur chronique, soit 22 % des Canadiens (Gilmour, 2015). La douleur chronique influence plusieurs aspects de la vie des gens (Ramage-Morin, 2008), tels que les activités quotidiennes, le travail, l'utilisation des soins de santé et le bien-être général et psychosocial des personnes atteintes (Ramage-Morin & Gilmour, 2010). Les coûts humains et sociaux associés à la douleur chronique sont considérables dans la mesure où elle est une source importante d'invalidité et constitue un défi d'ampleur pour les professionnels de la santé (Lumley & al., 2011) qui tentent de la comprendre, de la traiter et de la prévenir.

La douleur chronique

Définition de la douleur chronique

L'Association internationale sur l'étude de la douleur (International Association for the Study of Pain, 1979; 1994; 2002; 2011) et la 11^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11) (World Health Organization, 2018) définissent la douleur comme étant une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion ». L'expérience sensorielle concerne tout ce qui a trait à la détection de la douleur, sa localisation, son intensité et son irradiation. L'expérience émotionnelle réfère à l'aspect désagréable et insupportable de cette douleur (Melzack & Casey, 1968). Beaucoup de personnes rapportent des douleurs en l'absence de lésions tissulaires ou de causes pathophysiologiques, ce qui explique pourquoi elle est associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle (International Association for the Study of Pain, 2017). Cette définition intègre la dimension affective de l'expérience douloureuse à la dimension sensorielle (Melzack & Wall, 1989). Ainsi, la douleur est un phénomène caractérisé non

seulement par une composante sensorielle mais aussi par une composante affective, ce qui lui confère ses caractéristiques d'expérience subjective et singulière (Lumley & al., 2011; Turk & Wilson, 2013).

Facteurs associés à la chronicisation de la douleur

La compréhension de la douleur chronique requiert une attention non seulement aux processus mécaniques et physiologiques mais aussi à l'ensemble des facteurs psychosociaux influençant l'expérience douloureuse (Turk & Okifuji, 2002). Hormis les facteurs biologiques, les facteurs psychosociaux par lesquels elle peut être influencée regroupent les émotions, le contexte social et environnemental, les antécédents socioculturels, les croyances et la signification subjective de la douleur (Beaupré & McKerral, 2012; Turk & al., 2002). La douleur peut être perpétuée par des facteurs qui sont à la fois « pathogéniquement » et physiologiquement éloignés de la cause d'origine (Muaka Dituba, 2012) et elle devient chronique avec la confluence de divers facteurs (Cui, Matsushima, Aso, Masuda & Makita, 2009; Turk & al., 2002). Les facteurs associés à la chronicisation des douleurs sont nombreux, tout comme le sont les conséquences de l'expérience douloureuse (Beaupré & al., 2012). La présente recherche porte sur l'examen de facteurs psychosociaux impliqués dans la douleur chronique par l'étude des effets du soutien aux trois besoins psychologiques de base (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) offert par le médecin de famille et la famille et du coping émotionnel sur la santé psychologique et la douleur subjective à trois mois chez des adultes souffrant de douleur chronique.

La santé psychologique

Définition de la santé psychologique

Il n'existe pas de conceptualisation consensuelle de la définition de la santé psychologique. Il s'agit d'un concept multidimensionnel pour lequel les chercheurs ont utilisé des indicateurs variés pour l'évaluer. Sa mesure implique de considérer simultanément le bien-être psychologique et la détresse psychologique (Massé, Poulin, Dassa, Lambert, Bélair & Battaglini, 1998), deux construits indépendants mais interreliés (Gilbert, Dagenais-Desmarais & Savoie, 2011; Karademas, 2007). Le bien-être correspond à l'évaluation subjective de sa vie (satisfaction de vie) ainsi qu'au fonctionnement psychologique (c.-à-d., la présence d'émotions positives et peu d'affects négatifs) (Diener, 1984). La

détresse psychologique recouvre des construits tels que l'anxiété, la dépression, les problèmes cognitifs et l'irritabilité (Ilfeld Jr, 1976). S'inspirant du modèle de la santé mentale de Labelle et ses collaborateurs (2001), le concept de santé psychologique retenu dans la présente étude regroupe la satisfaction de vie, le fonctionnement psychologique et la détresse psychologique. Puisque le concept de santé psychologique est une variable opérationnalisée pour les fins de la présente étude, les études recensées en lien avec la santé psychologique et la douleur chronique portent sur les composantes de la santé psychologique, soit la satisfaction de vie et le fonctionnement psychologique (le bien-être psychologique) ainsi que la détresse psychologique. En ce qui concerne les personnes souffrant de douleur chronique, elles déclarent que la douleur affecte significativement tous les aspects de leur vie et plus particulièrement, leur bien-être émotionnel et leur joie de vivre (Turk & al., 2008).

La santé psychologique et la douleur chronique

La présence d'une affection chronique influence négativement la condition psychologique des individus atteints (Mangelli, Gribbin, Büchi, Allard & Sensky, 2002). De nombreuses études ont démontré que le bien-être psychologique pouvait être corrélé avec plusieurs variables chez les personnes souffrant de douleur chronique, telles que le niveau d'incapacité physique, les perceptions concernant les conséquences de la maladie et le soutien social. Schleicher et ses collaborateurs (2005) ont examiné les relations entre le bien-être psychologique, la douleur et le niveau d'incapacité physique chez des femmes présentant de la fibromyalgie ou de polyarthrite rhumatoïde et chez des femmes ne présentant pas de telles atteintes. Les résultats suggéraient qu'un niveau de bien-être psychologique plus élevé était associé à moins d'incapacité physique et de fatigue mais pas nécessairement à moins de douleur chez les femmes souffrant de fibromyalgie. L'évaluation positive de soi et de son passé, la maîtrise de l'environnement, la poursuite de buts dans la vie et les relations positives avec les autres sont ressortis comme des construits importants expliquant les corrélations entre le bien-être psychologique et le niveau d'incapacité.

Treharne, Kitas, Lyons et Booth (2005) ont étudié les relations entre les facteurs psychosociaux (l'anxiété, la dépression, la satisfaction de vie et les symptômes physiques) et le bien-être chez des

patients atteints de polyarthrite rhumatoïde (PR). Leurs résultats ont démontré l'importance de considérer les facteurs psychosociaux dans l'étude du bien-être de patients atteints de PR. Les perceptions concernant la maladie influençaient le bien-être des patients, en particulier chez ceux étant nouvellement diagnostiqués (au cours des six mois précédents). Les patients percevant des conséquences graves à la PR ont rapporté plus de symptômes de dépression, de douleur, de fatigue et de raideurs matinales ainsi qu'une détérioration de la satisfaction de vie plus marquée que les autres participants. Quant aux patients bénéficiant d'un meilleur soutien social provenant du conjoint, des enfants et d'autres parents et amis, ils ont déclaré une plus grande satisfaction de vie.

Huber, Suman, Biasi et Carli (2008) ont étudié les relations entre la détresse psychologique et le bien-être chez des femmes atteintes de fibromyalgie et de formes de douleur musculo-squelettique chronique similaires. Les résultats montraient que les patientes déclaraient des niveaux de détresse psychologique plus élevés que les personnes en bonne santé. Une plus grande détresse psychologique était liée à un âge plus élevé, à une douleur plus intense, à un nombre de points du corps sensibles à la douleur plus élevé et à un handicap physique plus grand. Quant au bien-être, il était diminué avec un handicap physique plus sévère mais contrairement à la détresse psychologique, il s'avérait indépendant de l'âge, de l'intensité de la douleur et du nombre de points du corps sensibles à la douleur. Ces résultats confirmaient la pertinence de mesurer le bien-être distinctement de la détresse psychologique chez les patients souffrant de douleur chronique.

Boonstra, Reneman, Stewart, Post et Preuper (2013) ont comparé la satisfaction de vie de patients souffrant de douleur musculo-squelettique chronique non maligne à des personnes appartenant à la population générale. Les résultats ont révélé que les patients atteints de douleur musculo-squelettique chronique rapportaient une plus faible satisfaction de vie globale ainsi que dans la plupart des domaines de leur vie (p. ex. : la capacité à prendre soin de soi, les loisirs, la situation professionnelle et financière, la vie sexuelle et les contacts avec les amis). L'état matrimonial, la santé mentale, la vitalité et la douleur étaient les prédicteurs les plus consistants de la satisfaction de vie.

La revue de la documentation scientifique mettant en lien la santé psychologique et la douleur chronique suggère la présence de corrélations négatives significatives entre le bien-être psychologique et

la douleur subjective. Ces études montrent que des facteurs autres que les dimensions physiologiques de la douleur apparaissent être liés au bien-être psychologique, d'où la pertinence de s'intéresser aux dimensions psychologiques et sociales pour mieux comprendre l'ensemble du phénomène. La douleur pouvant être modulée en partie par la situation psychologique de l'individu mais aussi en fonction de l'environnement (Calvino & Grilo, 2006). La théorie de l'autodétermination est un modèle théorique qui porte sur les caractéristiques de l'environnement qui permettent de soutenir les besoins psychologiques de base des individus.

Le soutien aux trois besoins psychologiques de base selon la théorie de l'autodétermination

Définition du soutien aux trois besoins psychologiques de base

La théorie de l'autodétermination (TAD) fournit un cadre pour étudier tout élément du contexte social favorisant la santé des patients par le soutien aux trois besoins psychologiques de base (Williams, 2014; Williams, McGregor, King, Nelson & Glasgow, 2005) : l'autonomie, la compétence et l'affiliation interpersonnelle (Deci & Ryan, 2000a; 2002; 2008). Le besoin d'autonomie réfère à la perception qu'ont les gens que leur comportement émane d'eux (Deci & al., 2000a; 2002; Niemiec, Ryan & Deci, 2010) et qu'ils se comportent de façon congruente avec leurs intérêts, valeurs et croyances (Niemiec & al., 2010). Le besoin de compétence renvoie à l'expérience d'interagir de manière efficace avec l'environnement (Deci & Ryan, 2017; Niemiec & al., 2010) par l'exécution de tâches à la hauteur de ses capacités et par l'atteinte des résultats escomptés (Deci & al., 2000b; 2002). Le besoin d'affiliation interpersonnelle correspond au sentiment d'appartenance et d'engagement à l'égard d'autrui (Deci & al., 2000a; 2002; Niemiec & al., 2010). En contexte de soins de santé, le soutien aux trois besoins psychologiques réfère à une meilleure écoute du patient par le personnel médical, une prise en compte de son point de vue et de ses difficultés, un style de communication qui n'est pas basé sur l'autorité ou des considérations morales, au souci de fournir des explications et de transmettre des informations destinées à augmenter la confiance du patient dans la réalisation des comportements visés ainsi qu'à la possibilité de faire des choix pour sa santé (Williams, 2002; Williams & Deci, 1998; Williams, Gagné, Mushlin & Deci, 2005).

Les trois besoins psychologiques de base en contexte de soins de santé

Plusieurs études ont soutenu que le soutien aux besoins psychologiques de base permettait d'améliorer la santé physique et psychologique des patients (Ng & al., 2012). Kasser et Ryan (1999) ont étudié le soutien à l'autonomie et à l'affiliation interpersonnelle dans une résidence de personnes âgées. Les résultats démontraient que la perception du patient en regard du soutien à l'autonomie offert par le personnel ainsi que par la famille et les amis était associée faiblement à la dépression et fortement au bien-être et à la satisfaction de vie. Le soutien à l'affiliation interpersonnelle avec la famille et les amis était lié positivement au bien-être.

Williams, Frankel, Campbell et Deci (2000) ont recensé les résultats d'études portant sur les soins de santé basés sur la TAD et centrés sur la relation avec le patient. Les auteurs ont constaté que la qualité des relations entre le patient et le médecin ainsi qu'entre le patient et les membres de sa famille avaient des conséquences importantes pour la santé. Lorsque les médecins s'avéraient plus soutenant au niveau de l'autonomie du patient ou plus centrés sur la relation avec le patient, les patients faisaient montre d'une plus grande satisfaction, d'une meilleure adhésion au traitement et d'une meilleure santé physique et psychologique. De plus, lorsque les membres de la famille du patient avaient des interactions positives entre eux, les patients présentaient une meilleure santé physique et psychologique ainsi qu'une utilisation moins fréquente des soins de santé.

Williams et al. (2005) ont examiné les relations entre le soutien à l'autonomie offert par le médecin, le niveau de compétence perçu par le patient à autogérer sa glycémie, les symptômes dépressifs et la satisfaction de patients atteints de diabète. Les résultats démontraient que le soutien à l'autonomie était lié significativement à la compétence perçue, à la diminution des symptômes dépressifs, à la satisfaction du patient et indirectement au contrôle de la glycémie. De plus, la compétence perçue était liée significativement à une diminution des symptômes dépressifs, à la satisfaction du patient et au contrôle glycémique.

Les études sur la TAD portent davantage sur la mesure du soutien à l'autonomie offert par les médecins et les autres professionnels de la santé à leurs patients et concernent généralement les comportements de santé liés à la santé physique (p. ex. : l'abstinence tabagique, l'activité physique, le

régime alimentaire et l'adhérence médicamenteuse) (Deci & Ryan, 2009). Quelques études seulement portent sur les présentes variables à l'étude, soit le soutien aux trois besoins psychologiques de base en lien avec une population souffrant de douleur chronique et aucune ne concernait à la fois le soutien aux trois besoins provenant du médecin et le soutien aux trois besoins provenant de la famille.

Les trois besoins psychologiques de base, la santé psychologique et la douleur chronique

La thèse doctorale d'Uysal (2010) visait entre autres l'examen du rôle de la perception du soutien à l'autonomie fourni par l'entourage par rapport à la douleur de personnes souffrant de douleur chronique. Les résultats montraient que le soutien à l'autonomie perçu prédisait une douleur plus faible et un plus grand bien-être psychologique après trois mois. La satisfaction des besoins psychologiques agissait comme variable médiatrice de l'association longitudinale entre le soutien à l'autonomie et l'intensité des douleurs. Le soutien d'un environnement favorable à l'autonomie des personnes souffrant de douleur chronique était plus susceptible de satisfaire les trois besoins psychologiques et par conséquent, de diminuer l'intensité de la douleur et d'améliorer le bien-être psychologique.

Ryan et McGuire (2016) ont cherché à déterminer entre autres si la satisfaction des trois besoins psychologiques pouvait prédire à la fois des résultats liés à la douleur (intensité de la douleur et interférence de la douleur) et des résultats psychologiques (dépression et anxiété) chez des patients atteints d'arthrite rhumatoïde. L'étude a démontré que la dépression pouvait prédire le niveau auquel le besoin d'appartenance sociale était satisfait alors que l'anxiété pouvait prédire le niveau auquel le besoin d'autonomie était répondu.

Uysal, Ascigil et Turunc (2017) se sont intéressés à l'effet du soutien à l'autonomie offert par le conjoint sur la satisfaction des besoins et le bien-être psychologique à six mois chez des personnes souffrant de douleur musculo-squelettique chronique. Les résultats suggéraient que le soutien à l'autonomie de la part du conjoint prédisait une augmentation de la satisfaction des trois besoins psychologiques et que la satisfaction des trois besoins psychologiques prédisait une augmentation du bien-être psychologique des personnes souffrant de douleur chronique. Ces résultats s'avéraient indépendant de l'intensité de la douleur.

Les trois études recensées permettent de soutenir l'effet positif du soutien aux trois besoins psychologiques de base sur la santé psychologique des personnes souffrant de douleur chronique. En plus de l'expérience sensorielle de la douleur, cette dernière se caractérise par une expérience émotionnelle désagréable à laquelle l'individu doit s'ajuster. Les stratégies d'adaptation et de régulation des émotions jouent un rôle central dans l'adaptation émotionnelle à la douleur chronique (Dima, Gillanders & Power, 2013). La présente étude cible plus particulièrement le coping centré sur les émotions via l'approche par le coping émotionnel (ACE) de Stanton Danoff-Burg, Cameron et Ellis (1994) et Stanton, Kirk, Cameron et Danoff-Burg (2000).

Le coping émotionnel

Définition du coping émotionnel

Stanton et al. (1994; 2000) ont développé et opérationnalisé l'*Approche par le coping émotionnel* (ACE), considérée comme une forme de régulation émotionnelle adaptative (Marroquín, Czamanski-Cohen, Weihs & Stanton, 2016). L'ACE implique des « efforts pour pallier aux émotions négatives entourant » une situation ou un événement (Stanton & al., 1994). Elle regroupe deux composantes distinctes mais se chevauchant : le processus émotionnel et l'expression émotionnelle (Stanton & al., 2000). Le processus émotionnel réfère aux tentatives actives de reconnaître, d'explorer et de comprendre ses émotions alors que l'expression émotionnelle représente les efforts actifs verbaux et non-verbaux pour communiquer ou symboliser des expériences émotionnelles liées au stress. L'ACE permet de traiter et d'exprimer les émotions qu'elles soient positives ou négatives (Smith, Lumley & Longo, 2002).

Plusieurs recherches ont démontré le potentiel d'adaptation de la régulation des émotions sur la santé et le bien-être psychologique (Austenfeld & Stanton, 2004; Hoyt, Stanton, Irwin & Thomas, 2013; Stanton, 2011; Stanton & al., 2000). Plus spécifiquement à l'ACE, les attributs du contexte interpersonnel, de l'expérience stressante et de l'individu peuvent être des modérateurs importants du coping émotionnel (Stanton, Sullivan & Austenfeld, 2009). L'ACE s'avère plus efficace lorsqu'utilisée dans un contexte socialement réceptif aux émotions (Austenfeld & al., 2004). Le processus émotionnel aide à percevoir moins de stress dans la vie quotidienne et à favoriser un sentiment général de bien-être tandis que

l'expression des émotions à des membres d'un réseau social supportant permet aux individus de percevoir moins négativement le facteur de stress, de se sentir davantage outillé pour le gérer et de favoriser une réponse plus positive face à ce dernier (Juth, Dickerson, Zoccola & Lam, 2015).

Le coping émotionnel, la santé psychologique et la douleur chronique

Parmi les études portant sur le coping émotionnel, Smith et al. (2002) se sont intéressés aux relations entre l'ACE, la douleur et l'adaptation chez des personnes atteintes de douleur myofasciale chronique. Les résultats suggéraient que l'ACE était associée à moins de douleur et à moins de dépression. Ainsi, la conscience de ses émotions et leur expression volontaire favorisaient l'adaptation à la douleur chronique.

Van Middendorp et al. (2008) ont étudié les émotions et les stratégies de régulation des émotions de femmes atteintes de fibromyalgie. Cette étude a permis d'observer que les émotions négatives et l'utilisation de stratégies d'évitement émotionnel étaient élevées et que les émotions positives étaient réduites au sein de l'échantillon. Des difficultés à identifier ses émotions étaient présentes puisque l'échelle d'alexithymie⁷ montrait une grande déviation par rapport à la moyenne. Les stratégies d'évitement émotionnel étaient fortement corrélées avec une plus grande détresse psychologique et étaient modérément corrélées avec plus de douleur et de fatigue alors que les stratégies de l'ACE étaient liées à un meilleur fonctionnement affectif.

Burger et al. (2016) ont développé une nouvelle thérapie brève s'intéressant à l'attribution d'une cause psychologique à la douleur ainsi qu'à la conscience et à l'expression émotionnelle et l'ont évaluée auprès de patients atteints de douleur musculo-squelettique. Concernant les résultats obtenus, la thérapie a permis d'augmenter l'utilisation de l'ACE chez les patients par la bonification des stratégies de différenciation, de compréhension et d'expression des émotions. De plus, l'ACE était associée à une diminution des symptômes dépressifs et de la détresse psychologique alors que l'attribution d'une cause psychologique à la douleur et la conscience émotionnelle étaient associées à une diminution de la douleur.

⁷ L'échelle d'alexithymie mesure les « difficultés à identifier ses émotions » (Van Middendorp et al., 2008).

Les quelques études concernant l'ACE auprès de populations de personnes souffrant de douleur chronique suggèrent que l'utilisation de stratégies centrées sur les émotions favorise l'adaptation. Elle contribuerait à une amélioration du bien-être psychologique ainsi qu'à une diminution de la douleur rapportée.

La présente étude examine deux facteurs psychosociaux de la douleur chronique en lien avec la santé psychologique et la douleur subjective : le soutien aux trois besoins psychologiques et le coping émotionnel. La recension des écrits des variables étudiées permet de dégager les constats suivants : 1- Très peu d'études (3) portent sur le soutien aux trois besoins psychologiques en lien avec une population souffrant de douleur chronique et aucune ne concerne à la fois le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille et; 2- Très peu d'études (3) portent sur le coping émotionnel tel qu'opérationnalisé par Stanton et ses collaborateurs (1994; 2000) en lien avec des personnes souffrant de douleur chronique. Par conséquent, il appert qu'il s'agit de la première recherche à utiliser un devis longitudinal pour étudier simultanément les variables du soutien aux trois besoins psychologiques de base par le médecin et la famille, du coping émotionnel, de la santé psychologique et de la douleur subjective chez des adultes souffrant de douleur chronique.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

En somme, la douleur chronique est un phénomène complexe étant donné sa nature multidimensionnelle. De nombreux facteurs psychosociaux en influencent la présentation, ce qui lui confère son caractère d'expérience subjective et singulière (Lumley & al., 2011; Turk & Wilson, 2013). La présente étude vise à accroître le corpus des connaissances quant aux effets de certains facteurs psychosociaux sur la santé psychologique et la douleur subjective de patients souffrant de douleur chronique. Les variables retenues ont reçu une attention empirique limitée auprès des personnes souffrant de douleur chronique et n'avaient jamais été étudiées ensemble à ce jour. Plus spécifiquement, l'étude actuelle avait pour objectif d'étudier les effets du soutien aux trois besoins psychologiques de base (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) provenant du médecin de famille et de la famille et du coping émotionnel sur la santé psychologique et la douleur subjective à trois mois chez des

adultes souffrant de douleur chronique. En se basant sur la recension des écrits scientifiques, il était attendu pour le premier modèle qui porte sur les prédictions de la santé psychologique à trois mois que: le soutien aux trois besoins psychologiques au départ prédise la santé psychologique au T2 (H1) et que le coping émotionnel au départ prédise la santé psychologique au T2 (H2). Pour le deuxième modèle qui porte sur les prédictions de la douleur subjective à trois mois, il était attendu que le soutien aux trois besoins psychologiques de base au départ prédise la douleur subjective au T2 (H3) et que le coping émotionnel au départ prédise la douleur subjective au T2 (H4) chez des adultes souffrant de la douleur chronique.

MÉTHODE

Participants

L'échantillon à l'étude était constitué de 242 participants (153 femmes, 82 hommes et 7 personnes ayant omis d'inscrire leur sexe) au Temps 1 (T1; temps de départ) et de 166 participants (108 femmes et 58 hommes) au Temps 2 (T2; trois mois plus tard). Les participants (au T2) étaient âgés en moyenne de 56 ans ($M = 55,68$; $ÉT = 10,29$) et la majorité d'entre eux étaient mariés (75,6 %). Parmi eux, 38 % des personnes étaient à la retraite, alors qu'un autre 38 % travaillaient à temps plein. Environ 22 % des participants ne détenaient pas de diplôme d'études secondaires, 32 % des participants avaient un secondaire complété, 25 % des participants avaient des études collégiales complétées et 13 % des participants avaient une scolarité universitaire. Le revenu personnel se situait à moins de 35 000\$ pour 53,5 % des participants, entre 35 000\$ et 55 000\$ pour 27 % d'entre eux et à plus de 55 000\$ pour 14 % des participants. En raison de leur douleur chronique, les activités de la vie quotidienne ont dû être restreintes par 53,6 % des participants et les activités professionnelles ont dû être restreintes par 39,8 % des participants. La moitié de l'échantillon (50,6 %) prenait de la médication prescrite contre la douleur et 69,3 % des participants ont rapporté avoir d'autres problèmes de santé.

Instruments de mesure

Les participants ont répondu à des questions servant à recueillir des informations sociodémographiques et paramédicales, ainsi qu'à six questionnaires pour une durée approximative de 30 minutes.

Informations sociodémographiques et paramédicales

Les informations sociodémographiques colligées seulement au T1 portaient sur le sexe, la date de naissance, l'état matrimonial, l'occupation principale, le niveau de scolarité, ainsi que le revenu personnel et familial des participants. Les informations paramédicales recueillies au T1 et au T2 portaient sur le sommeil, les activités de la vie quotidienne, les apports alimentaires, les conséquences de la douleur, la médication actuelle prescrite contre la douleur, ainsi que la présence d'autres problèmes de santé et la médication associée. Ces questions proviennent du projet « Déterminants de l'adoption et du maintien d'un programme d'exercice par les patients cardiaques : Heart Institute of Prevention and Rehabilitation Centre; HIPRC » (Weilgosz & Reid, 2001).

Le soutien aux trois besoins psychologiques

La perception du patient quant au soutien aux trois besoins psychologiques offert par le médecin et l'entourage familial a été mesurée à l'aide de l'*Échelle de comportements interpersonnels* (ECI) développée et traduite en langue française par Pelletier, Sharp, Beaudry et Otis (en préparation). Cette échelle est composée de 12 items divisés en trois sous-échelles qui mesurent : 1) le soutien à l'autonomie (p. ex. : « Mon (ma) médecin/famille me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à ma santé »); 2) le soutien à la compétence (p. ex. : « Mon (ma) médecin/famille me parle uniquement de mes erreurs » - item inversé) et; 3) le soutien à l'affiliation manifesté vis-à-vis autrui (p. ex. : « Je sens que mon (ma) médecin/ famille se soucie vraiment de ma santé »). Le participant devait indiquer sur une échelle de type Likert allant de 1 (Jamais) à 7 (Toujours) dans quelle mesure les énoncés correspondaient aux comportements présentés par leur médecin et par leur famille.

Pelletier et ses collègues (en préparation) ont obtenu un bon⁸ niveau de cohérence interne avec des alphas de Cronbach supérieurs à 0,75 pour ces trois sous-échelles auprès d'échantillons indépendants considérant les perceptions de parents, d'enseignants, de partenaires intimes et d'entraîneurs lors de relations interpersonnelles. La fidélité temporelle était bonne avec des coefficients test-retest supérieurs à 0,79. De plus, la structure factorielle de l'instrument avait été soutenue par une analyse factorielle exploratoire et par quatre analyses confirmatoires (LISREL). Pour la présente étude, la cohérence interne observée pour la mesure globale des variables du soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille s'est avérée bonne (par le médecin au T1 et au T2 : $\alpha = 0,78$; par la famille au T1 : $\alpha = 0,75$, et au T2 : $\alpha = 0,72$). Des variables composées ont été créées pour le médecin et la famille pour les T1 et T2 (en additionnant 12 items dont 5 étaient inversés pour le médecin et pour la famille); pour le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin (en additionnant 12 items dont 5 inversés), et pour le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille (en additionnant 12 items dont 5 inversés).

La santé psychologique

La santé psychologique a été évaluée à partir de trois instruments qui mesurent des concepts associés, soit le fonctionnement psychologique, la satisfaction de vie et la détresse psychologique.

Fonctionnement psychologique. Le fonctionnement psychologique a été évalué à l'aide de l'*Échelle de bien-être psychologique de Ryff* développée par Ryff (1989) et traduite et validée en français par Bouffard et Lapierre (1997). Elle mesure six dimensions : 1) l'autonomie (p. ex. : « Je gère assez bien les nombreuses responsabilités de ma vie quotidienne »); 2) la compétence (p. ex. : « En général, j'ai le sentiment que je maîtrise la situation dans laquelle je vis »); 3) la croissance personnelle (p. ex. : « Pour moi, la vie a été un processus continu d'apprentissage, de changement et de développement »); 4) les relations positives avec autrui (p. ex. : « Les gens me décrivent comme une personne généreuse, disposée à partager son temps avec les autres »); 5) le sens à la vie (p. ex. : « Quand je regarde l'histoire

⁸ Les alphas de Cronbach répertoriés pour les fins de cette étude ont été qualifiés selon les recommandations de George et Mallery (2003) : > .9 – Excellent, > .8 – Bon, > .7 – Acceptable, > .6 – Questionnable, > .5 – Faible et, < .5 – Inacceptable.

de ma vie, je suis satisfait/e de la façon dont les choses se sont passées ») et; 6) l'acceptation de soi (p. ex. : « J'aime la plupart des aspects de ma personnalité »). L'instrument comporte 18 énoncés qui décrivent une façon d'être ou d'agir. Le participant devait indiquer sur une échelle de type Likert allant de 1 (Fortement en désaccord) à 6 (Fortement en accord) si ces énoncés s'appliquaient à leur situation. Lors de la validation originale de l'échelle, Ryff (1989) a obtenu des coefficients de cohérence interne variant de 0,86 à 0,93, ainsi que des coefficients de fiabilité test-retest variant de 0,81 à 0,88. La validité concomitante était acceptable selon l'auteur puisque les échelles de bien-être étaient corrélées positivement avec des mesures de fonctionnement positif (de 0,25 à 0,73) et négativement avec les mesures de fonctionnement négatif (de -0,30 à -0,60). Pour la présente étude, la cohérence interne observée pour la mesure du fonctionnement psychologique s'est avérée acceptable (T1 : $\alpha = 0,62$; T2 : $\alpha = 0,63$). Des variables composées ont été créées pour le fonctionnement psychologique pour les T1 et T2 (en additionnant les 18 items dont 8 inversés).

Satisfaction de vie. La satisfaction de vie a été mesurée à l'aide de l'*Échelle de satisfaction de vie* (ESV) élaborée par Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985) et traduite en français et validée par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière (1989). L'instrument comprend cinq items portant sur l'évaluation globale de la vie du participant (p. ex. : « Je suis satisfait(e) de ma vie ») au moyen d'une échelle de type Likert allant de 1 (Pas du tout en accord) à 7 (Tout à fait en accord). L'échelle originale présentait d'excellentes qualités psychométriques (Pavot & Diener, 1993; Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). Cinq études portant sur la validation de l'instrument traduit en français ont témoigné de sa validité et sa fidélité (Bouffard & Lapierre, 1997). L'analyse factorielle avait révélé un seul facteur et la cohérence interne variait entre 0,80 et 0,84 selon les groupes étudiés. En ce qui concerne la présente étude, la cohérence interne observée pour la mesure de la satisfaction de vie s'est avérée excellente aux deux temps de mesure (T1 : $\alpha = 0,89$; T2 : $\alpha = 0,88$). Des variables composées ont été créées pour la satisfaction de vie pour les T1 et T2 (en additionnant les 5 items).

Détresse psychologique. La détresse psychologique a été mesurée avec l'*Indice de détresse psychologique de l'Enquête Santé Québec* (IDPESQ-14) de Prévile, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré (1992), une version française du *Psychiatry Symptoms Index* d'Ilfeld Jr (1976). L'indice abrégé est

constitué de 14 items qui regroupent les quatre dimensions identifiées par Ilfeld Jr (1976) dans sa version originale : l'état dépressif, l'état anxieux, les problèmes cognitifs et l'irritabilité. En se référant à la semaine précédant l'enquête, le participant devait coter chaque item (p. ex. : « Vous êtes-vous senti désespéré en pensant à l'avenir? ») à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 (Très souvent) à 4 (Jamais). La version abrégée de détresse psychologique présentait des coefficients de cohérence interne d'excellents à bons pour l'ensemble des 14 items ($\alpha = 0,89$) et pour chaque sous-échelle (dépression : $\alpha = 0,83$; anxiété : $\alpha = 0,72$; problèmes cognitifs : $\alpha = 0,76$; irritabilité : $\alpha = 0,79$). Des analyses factorielles confirmatoires ont démontré l'existence des quatre dimensions distinctes (Martin, Sabourin & Gendreau, 1989). La cohérence interne obtenue pour la mesure de la détresse psychologique pour la présente étude s'est avérée excellente (T1 : $\alpha = 0,91$; T2 : $\alpha = 0,93$). Au final, la cohérence interne obtenue pour la mesure des variables prises globalement de la santé psychologique s'est avérée bonne (T1 et T2 : $\alpha = 0,72$). Des variables composées ont été créées pour la détresse psychologique (en additionnant les 14 items) et pour la santé psychologique pour les T1 et T2 (en additionnant les scores standardisés des variables composées des trois questionnaires).

Le coping émotionnel

Le coping émotionnel a été évalué par l'*Emotional Approach Coping Scale (EAC)* élaborée par Stanton, Danoff-Burg, Cameron & Ellis, 1994). Compte tenu de l'absence de version française disponible, l'équipe de recherche a procédé à une traduction basée sur la méthode de traduction parallèle renversée (Vallerand, 1989). L'*Échelle de coping émotionnel* comprend un total de 16 items évaluant les deux composantes du coping: le processus émotionnel et l'expression émotionnelle. La sous-échelle du processus émotionnel évalue les tentatives effectuées pour connaître, explorer et comprendre ses émotions (p. ex. : « J'essaie de comprendre mes sentiments »). La sous-échelle de l'expression émotionnelle évalue l'expression volontaire de ses propres émotions (p. ex. : « Je prends le temps d'exprimer mes émotions »). Pour chaque énoncé, le participant répondait sur une échelle de type Likert allant de 1 (Je ne le fais pas du tout) à 4 (Je le fais beaucoup). Stanton, Kirk, Cameron et Danoff-Burg (2000) ont démontré la cohérence interne excellente des deux échelles avec un alpha de Cronbach de

0,96 pour le processus émotionnel et de 0,95 pour l'expression émotionnelle ainsi que la fiabilité test-retest et inter-juge de l'EAC avec des coefficients d'excellents à bons avec 0,81 pour le processus émotionnel et 0,79 pour l'expression émotionnelle. Pour le présent échantillon, la cohérence interne observée pour la mesure de la variable prise globalement du coping émotionnel était excellente ($\alpha = 0,93$). Pour les sous-échelles, une cohérence interne excellente a été obtenue pour le processus émotionnel (T1 : $\alpha = 0,91$; T2 : $\alpha = 0,93$) ainsi que pour l'expression émotionnelle (T1 : $\alpha = 0,93$; T2 : $\alpha = 0,96$). Des variables composées ont été créées pour le coping émotionnel (en additionnant les 16 items) et pour les sous-échelles processus (en additionnant 8 items) et expression (en additionnant 8 items) pour les T1 et T2.

La douleur subjective

La douleur subjective des patients a été mesurée avec la version française abrégée du *McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ) (Melzack, 1987) : le *Questionnaire McGill-Melzack sur la douleur* de Veilleux, Sicard et Bohuon (1989). Pour les fins de la présente étude, seule la sous-échelle *Pain Rating Index* (PRI) du SF-MPQ a été utilisée. Le PRI donne un aperçu de l'expérience subjective de la douleur selon ces dimensions sensorielle (p. ex. : « lancinante », « fulgurante », « pareille à une crampe ») et affective (p. ex. : « fatigante », « angoissante », « violente »). Le participant devait lire une liste de 15 adjectifs et indiquer le type de douleur ressenti au cours de la dernière semaine sur une échelle de type Likert allant de 0 (Pas de douleur) à 3 (Forte). Dudgeon, Raubertas et Rosenthal (1993) ont démontré que les dimensions de la douleur sensorielle, affective et globale de la SF-MQP s'avéraient très corrélées avec la forme originale de l'instrument lorsque mesuré auprès d'un échantillon de patients souffrant de douleur chronique. La cohérence interne de la version anglaise du SF-MPQ était de bonne à excellente avec des alphas de Cronbach se situant entre 0,73 et 0,89 (Dudgeon & al., 1993). Cette version a démontré également une validité statistique comparable à celles obtenues avec la forme originale (Dudgeon & al., 1993; Melzack, 1987). Dans la présente étude, la cohérence interne obtenue pour la mesure globale de la douleur subjective s'est avérée excellente (T1 : $\alpha = 0,91$; T2 : $\alpha = 0,93$). Des variables composées ont été créées pour la douleur subjective pour les T1 et T2 (en additionnant les 15 items).

Déroulement de l'étude

Les participants ont été recrutés parmi les patients référés ou se présentant pour une consultation dans une clinique médicale du Saguenay-Lac-St-Jean auprès d'un médecin omnipraticien spécialisé dans le traitement de la douleur chronique. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) être âgé entre 18 et 75 ans et 2) présenter un diagnostic de douleur chronique depuis au moins trois mois. Les critères d'exclusion étaient ceux-ci : 1) souffrir d'une maladie débilitante affectant le pronostic de survie et 2) souffrir d'une maladie psychiatrique majeure (p. ex. : démence ou troubles psychotiques). Les patients qui rencontraient les critères d'inclusion ont été identifiés par le médecin collaborant à la recherche et ont été invités sur une base volontaire à rencontrer une assistante de recherche afin de les informer des modalités de l'étude : le sujet et les objectifs de l'étude, le déroulement, les risques et les avantages associés, les modalités et les dispositions concernant l'anonymat, la confidentialité des données, ainsi que la diffusion des résultats. Les personnes qui ont accepté de participer à la recherche ont signé le formulaire de consentement et ont reçu une copie du questionnaire au temps 1 (T1; temps de départ). L'assistante de recherche était disponible pour répondre aux questions pendant que les participants remplissaient le questionnaire. Le deuxième temps de mesure a eu lieu trois mois suivant la première passation (T2; trois mois plus tard). Les participants ont reçu le même questionnaire par la poste avec une enveloppe de retour préaffranchie.

RÉSULTATS

Analyses préliminaires

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), version 21.0 (IBM Corp., 2012). Afin de préparer les données à être traitées et analysées, les scores de cinq items de l'*Échelle des comportements interpersonnels* (ECI) et de huit items de l'*Échelle de fonctionnement psychologique* (Ryff, 1989) ont été inversés afin d'obtenir des scores globaux unidirectionnels. Le test de *Missing Completely At Random* (MCAR) a permis d'analyser la répartition des données manquantes et celles-ci ne présentaient pas de patron répétitif. Les données manquantes n'ont pas été substituées, car le nombre de participants était largement suffisant pour réaliser les analyses

statistiques souhaitées (166 participants). La fidélité des échelles de mesure étant satisfaisante, des variables composées ont été créées et transformées en scores standardisés afin de pouvoir détecter la présence de données extrêmes. Neuf données extrêmes univariées ont été corrigées à une unité de la valeur non extrême la plus près ($\pm 3,29$) (Tabachnick & Fidell, 2001). Trois données extrêmes multivariées ont été conservées considérant que les résultats obtenus aux régressions linéaires avec et sans les données extrêmes différaient peu. L'utilisation de modèle de régression linéaire a été justifiée par le respect de trois de ces quatre postulats. Le postulat de normalité de la distribution des résidus n'était pas respecté. Les tests de signification de Kolmogorov-Smirnov et de Shapiro-Wilk ont indiqué que les résidus des deux modèles n'étaient pas normalement distribués. Puisque la présente étude visait l'estimation de valeurs, la normalité de la distribution des résidus n'était pas un préalable nécessaire à l'obtention de modèles de régression valides.

Analyses descriptives

Des statistiques descriptives sont présentées au Tableau 1. Le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin s'est avéré élevé aux T1 et T2 à l'instar du soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille aux deux temps de mesure. Les résultats de la santé psychologique indiquaient un fonctionnement psychologique modéré, une satisfaction de vie modérée et une détresse psychologique faible chez les participants aux T1 et T2. L'usage de stratégies de coping émotionnel était faible tant au niveau du processus émotionnel que de l'expression émotionnelle aux T1 et T2. Finalement, la douleur subjective affective était faible aux T1 et T2 et la douleur subjective sensorielle était forte aux T1 et T2.

Tableau 1

Minimums, maximums, moyennes et écart-types des variables à l'étude aux T1 et T2

	Min/Max		M		ÉT	
	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Soutien méd./fam.	56/168 <i>n</i> =166	44/166 <i>n</i> =166	129,39 <i>n</i> =166	122,84 <i>n</i> =162	21,81 <i>n</i> =166	23,16 <i>n</i> =162
Soutien du médecin	29/84 <i>n</i> =166	20/84 <i>n</i> =162	63,96 <i>n</i> =166	59,88 <i>n</i> =162	13,15 <i>n</i> =166	13,96 <i>n</i> =162
Soutien de la famille	26/84 <i>n</i> =166	33/84 <i>n</i> =164	65,43 <i>n</i> =166	64,44 <i>n</i> =164	12,41 <i>n</i> =166	11,33 <i>n</i> =164
Santé psychologique	-5,74/4,41 <i>n</i> =166	-5,81/5,52 <i>n</i> =166	0,00 <i>n</i> =166	0,00 <i>n</i> =166	2,40 <i>n</i> =166	2,40 <i>n</i> =166
Fonct. psychologique	59/106	54/107	81,16	78,63	10,09	10,26
Satisfaction de vie	6/35 <i>n</i> =166	6/35 <i>n</i> =165	25,42 <i>n</i> =166	24,57 <i>n</i> =165	7,13 <i>n</i> =166	7,09 <i>n</i> =165
Détresse psychologique	17/56 <i>n</i> =166	16/56 <i>n</i> =166	42,59 <i>n</i> =166	42,74 <i>n</i> =166	8,20 <i>n</i> =166	8,59 <i>n</i> =166
Coping émotionnel	18/64 <i>n</i> =165	17/64 <i>n</i> =166	45,82 <i>n</i> =165	44,30 <i>n</i> =166	10,09 <i>n</i> =165	10,95 <i>n</i> =166
Processus émotionnel	8/32 <i>n</i> =165	5/32 <i>n</i> =166	24,12 <i>n</i> =165	23,23 <i>n</i> =166	5,63 <i>n</i> =165	5,80 <i>n</i> =166
Expression émotionnelle	9/32 <i>n</i> =165	8/32 <i>n</i> =166	21,70 <i>n</i> =165	21,07 <i>n</i> =166	5,92 <i>n</i> =165	6,29 <i>n</i> =166
Douleur subjective	1/45 <i>n</i> =165	0/45 <i>n</i> =165	22,29 <i>n</i> =165	18,27 <i>n</i> =165	11,19 <i>n</i> =165	11,36 <i>n</i> =165
Douleur affective	0/15 <i>n</i> =159	0/15 <i>n</i> =163	6,82 <i>n</i> =159	5,54 <i>n</i> =163	4,32 <i>n</i> =159	4,17 <i>n</i> =163
Douleur sensorielle	1/30 <i>n</i> =164	0/30 <i>n</i> =165	15,81 <i>n</i> =164	12,80 <i>n</i> =165	7,39 <i>n</i> =164	7,69 <i>n</i> =165

Analyses principales

Avant de procéder aux analyses principales, une matrice de corrélations présentée au Tableau 2 a été calculée afin d'explorer les corrélations entre les variables à l'étude (soutien aux besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille, soutien aux besoins psychologiques provenant du médecin, soutien aux besoins psychologiques provenant de la famille, coping émotionnel, santé psychologique et douleur subjective). Le tableau de corrélations permet d'observer une corrélation

positive statistiquement significative entre le soutien aux besoins psychologiques provenant du médecin de famille et de la famille et la santé psychologique à trois mois (T2) ($r(166) = 0,27, p < .01$). Plus spécifiquement, une corrélation positive statistiquement significative est observée entre le soutien aux besoins psychologiques de la part du médecin au départ (T1) et la santé psychologique à trois mois (T2) ($r(166) = 0,18, p < .05$) et une corrélation positive statistiquement significative est constatée entre le soutien aux besoins psychologiques de la part de la famille au départ (T1) et la santé psychologique à trois mois (T2) ($r(166) = 0,28, p < .01$). Par la suite, les deux modèles à l'étude ont été testés par des analyses de régression multiple.

Tableau 2
Matrice de corrélations de Pearson des variables à l'étude aux T1 et T2

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
(1) Soutien Méd./Fam. (T1)	-	0.86**	0.84**	0.15	0.27**	-0.02
(2) Soutien Médecin (T1)		-	0.46**	0.13	0.18*	0.03
(3) Soutien Famille (T1)			-	0.13	0.28**	-0.06
(4) Coping (T1)				-	0.10	0.13
(5) Santé psychologique (T2)					-	-0.40**
(6) Douleur subjective (T2)						-

* $p < .05$; ** $p < .01$

Modèle 1 : Prédiction de la santé psychologique à trois mois

Le premier modèle à l'étude visait à vérifier si le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille (hypothèse 1) au T1 (temps de départ) pouvait prédire la santé psychologique chez des adultes souffrant de douleur chronique au T2 (trois mois). Des analyses de régression ont été effectuées sur les variables prises globalement du soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille et sont présentées au Tableau 3. Elles ont permis d'affirmer que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille était un prédicteur statistiquement significatif de la santé psychologique au T2 ($\beta = 0,27, p < .001$). Le soutien aux trois besoins provenant du médecin et de la famille expliquaient ensemble 7 % de la variance de la santé psychologique au T2

($F(1, 164) = 12,78$, $p < .001$). Des analyses de régression sur les variables prises individuellement du soutien aux trois besoins provenant du médecin et du soutien aux trois besoins provenant de la famille ont été réalisées et sont présentées au Tableau 3. Elles ont confirmé que seul le soutien aux trois besoins provenant de la famille était un prédicteur statistiquement significatif de la santé psychologique au T2 ($\beta = 0,25$, $p < .004$). Le soutien aux trois besoins provenant de la famille expliquait 8 % de la variance de la santé psychologique au T2 ($F(2, 163) = 7,28$, $p = .001$). Le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille a permis de prédire la santé psychologique au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique.

Tableau 3

Régressions multiples des variables prises globalement du soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille (T1) et des variables prises individuellement du soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin, du soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille (T1) sur la santé psychologique (T2)

	B	ET B	β	t
Soutien Méd./Fam.	0,03	0,01	0,27*	3,58
Soutien Médecin	0,01	0,02	0,07	0,81
Soutien Famille	0,05	0,02	0,25**	2,95

* $p < .001$, ** $p < .01$.

Le premier modèle à l'étude visait également à vérifier si le coping émotionnel (hypothèse 2) au T1 (temps de départ) pouvait prédire la santé psychologique chez des adultes souffrant de douleur chronique au T2 (trois mois). Des analyses de régression sur la variable du coping émotionnel ont été menées. Les résultats obtenus suggéraient que le coping émotionnel ($\beta = 0,09$, $p = .23$) n'était pas un prédicteur statistiquement significatif de la santé psychologique au T2. Le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la santé psychologique au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique. En résumé, en ce qui concerne le soutien aux trois besoins psychologiques et la santé psychologique, les analyses de régression effectuées sur les variables prises globalement ont permis d'observer que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille était un prédicteur statistiquement significatif de la santé psychologique au T2. Toutefois, les analyses de régression sur les variables prises individuellement ont révélées que seul le soutien aux trois besoins provenant de la

famille était un prédicteur statistiquement significatif de la santé psychologique au T2. En ce qui a trait au coping émotionnel et à la santé psychologique, les analyses de régression menées sur la variable prise globalement ont suggéré que le coping émotionnel n'était pas un prédicteur statistiquement significatif de la santé psychologique au T2.

Modèle 2 : Prédications de la douleur subjective à trois mois

Le deuxième modèle à l'étude visait à examiner si le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille (hypothèse 3) au T1 (temps de départ) pouvait prédire la douleur subjective au T2 (trois mois) chez des adultes souffrant de douleur chronique. Des analyses de régression sur les variables prises globalement du soutien aux trois besoins provenant du médecin et de la famille ont été conduites. Les résultats obtenus suggéraient que le soutien aux trois besoins de la part du médecin et de la famille ($\beta = -0,02$, $p = .84$) n'était pas un prédicteur statistiquement significatif de la douleur subjective au T2. Le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique.

Le deuxième modèle à l'étude visait également à examiner si le coping émotionnel (hypothèse 4) au T1 (temps de départ) pouvait prédire la douleur subjective au T2 (trois mois) chez des adultes souffrant de douleur chronique. Des analyses de régression sur la variable du coping émotionnel ont été menées. Les résultats obtenus suggéraient que le coping émotionnel ($\beta = 0,13$, $p = .11$) n'était pas un prédicteur statistiquement significatif de la douleur subjective au T2. Le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique. En bref, en ce qui concerne le soutien aux trois besoins psychologiques et la douleur subjective, les analyses de régression conduites sur les variables prises globalement ont suggérées que le soutien aux trois besoins de la part du médecin et de la famille n'était pas un prédicteur statistiquement significatif de la douleur subjective au T2. En ce qui a trait au coping émotionnel et à la douleur subjective, les analyses de régression prises sur la variable globalement ont démontrées que le coping émotionnel n'était pas un prédicteur statistiquement significatif de la douleur subjective au T2.

Analyses exploratoires

Le soutien aux trois besoins psychologiques

Dans la mesure où le soutien aux trois besoins psychologiques n'était pas un prédicteur statistiquement significatif de la douleur subjective, des analyses de régression multiple supplémentaires ont été complétées afin d'observer si les trois sous-échelles de la variable du soutien aux trois besoins psychologiques (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) provenant du médecin et de la famille au T1 pouvaient prédire la douleur subjective au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique. Pour le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin, les résultats obtenus démontraient que la sous-échelle de la compétence était un prédicteur significatif de la douleur subjective au T2 ($\beta = -0,17, p < .05$). Le soutien au besoin de compétence provenant du médecin expliquait 3 % de la variance de la douleur subjective au T2 ($F(3,161) = 1,74, p = .16$).

Le coping émotionnel

Puisque le coping émotionnel n'était pas un prédicteur statistiquement significatif de la santé psychologique, des analyses de régression multiple additionnelles ont été conduites afin de voir si le coping émotionnel au T1 pouvait prédire les trois sous-échelles de la variable de la santé psychologique (fonctionnement psychologique, satisfaction de vie et détresse psychologique) au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique. Lorsque le fonctionnement psychologique était soumis comme une variable dépendante au modèle, les résultats suggéraient que le coping émotionnel était un prédicteur statistiquement significatif ($\beta = 0,24, p < .01$) du fonctionnement psychologique au T2. Le coping émotionnel expliquait 5 % de la variance de la santé psychologique avec les trois sous-échelles (fonctionnement psychologique, satisfaction de vie et détresse psychologique) au T2 ($F(3,162) = 4,07, p < .01$). Le coping émotionnel a permis de prédire le fonctionnement psychologique au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique.

Dans la mesure où le coping émotionnel n'était pas un prédicteur statistiquement significatif de la douleur subjective, des analyses de régression multiple additionnelles ont été réalisées afin de vérifier si

les deux sous-échelles de la variable (processus et expression) au T1 pouvaient prédire la santé psychologique et la douleur subjective au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique. Lorsque la douleur subjective était soumise comme une variable dépendante au modèle, les résultats démontraient que le processus émotionnel était un prédicteur statistiquement significatif ($\beta = 0,21, p < .02$) de la douleur subjective au T2. Le coefficient obtenu était positif, bien qu'il était attendu que le coping soit lié négativement à la douleur subjective. Le coping émotionnel avec les deux sous-échelles (processus et expression) expliquait 3 % de la variance de la douleur subjective au T2 ($F(2, 161) = 2,77, p = .07$). L'échelle du processus et non celle de l'expression du coping émotionnel a permis de prédire plus de douleur subjective au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique.

Puisque la sous-échelle du processus du coping émotionnel était un prédicteur statistiquement significatif de la douleur subjective, d'autres analyses de régression multiple ont été conduites afin d'observer si cette variable pouvait prédire les deux sous-échelles de la douleur subjective (affective et sensorielle) au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique. Lorsque la douleur subjective affective était soumise comme une variable dépendante au modèle, les résultats démontraient que seul le processus émotionnel était un prédicteur statistiquement significatif ($\beta = 0,18, p < .05$) de la douleur subjective affective au T2. Le coefficient obtenu était positif, ce qui signifiait que le processus émotionnel était lié à plus de douleur subjective affective. Le coping émotionnel avec les deux sous-échelles (processus et expression) expliquait 3 % de la variance de la douleur subjective affective au T2 ($F(2, 161) = 2,78, p = .07$). Lorsque la douleur subjective sensorielle était soumise comme une variable dépendante au modèle, les résultats révélaient que le processus émotionnel était un prédicteur statistiquement significatif ($\beta = 0,21, p < .02$) de la douleur subjective sensorielle au T2. Le coefficient obtenu était positif, ce qui indiquait que le processus émotionnel était lié à plus de douleur subjective sensorielle au T2. Le coping émotionnel et les deux sous-échelles (processus et expression) expliquaient 3 % de la variance de la douleur subjective sensorielle au T2 ($F(2, 159) = 2,73, p = .07$).

En somme, l'ensemble des analyses statistiques menées permettent de conclure en regard du modèle 1 que : 1- le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille a permis de prédire la santé psychologique au T2 (H1), et que : 2- le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la santé

psychologique au T2 (H2) mais que : 3- les analyses exploratoires ont révélé que le coping émotionnel a permis de prédire le fonctionnement psychologique au T2. Pour le modèle 2, les résultats ont montré que : 4- le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2 (H3) mais que : 5- les analyses exploratoires ont montré que le soutien au besoin de compétence provenant du médecin a permis de prédire la douleur subjective au T2 et que : 6- le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2 (H4) mais que : 7- les analyses exploratoires ont suggéré d'une part que le processus émotionnel et non l'expression émotionnelle a permis de prédire plus de douleur subjective au T2 et d'autre part que : 8- le processus du coping émotionnel a permis de prédire plus de douleur subjective affective et sensorielle au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique.

DISCUSSION

La présente recherche est la première étude à utiliser un devis longitudinal pour étudier simultanément les variables du soutien aux trois besoins psychologiques de base offert par le médecin et la famille, du coping émotionnel, de la santé psychologique et de la douleur subjective chez des adultes souffrant de douleur chronique. Plus précisément, elle proposait deux modèles pour examiner les effets du soutien aux trois besoins psychologiques de base (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) offert par le médecin de famille et la famille et du coping émotionnel au T1 (temps de départ) sur la santé psychologique et la douleur subjective au T2 (3 mois) chez des patients adultes souffrant de douleur chronique. D'abord, il est constaté que l'échantillon à l'étude était constitué de 242 participants au Temps 1 et de 166 participants au Temps 2. Considérant que la douleur subjective affective était faible aux T1 et T2 et que la douleur subjective sensorielle était forte aux T1 et T2, il est possible que l'absence de changement significatif au niveau de la douleur présentée après trois mois ait peu motivé certains participants à prendre part au deuxième temps de mesure de l'étude. Les analyses descriptives ont montré également que l'échantillon était composé de 65 % de femmes et 35 % d'hommes, cette majorité étant également observée dans les écrits scientifiques (Marchand, 2009; Ramage-Morin & Gilmour, 2010; Reitsma, Tranmer, Buchanan & Vandenkerkhof, 2011; Schopflocher,

Taenzer & Jovey, 2011). D'autres problèmes de santé étaient présents pour 69 % des participants, ce qui étayait la présence de co-occurrence complexifiant la compréhension et le traitement de la douleur chronique. Les activités professionnelles avaient dû être restreintes par 39,8 % des participants et les activités de la vie quotidienne avaient dû être restreintes par 53,6 % des participants en raison de leur douleur chronique, conséquences également répertoriées dans la recension des écrits (Choinière & al., 2010; Ramage-Morin & al., 2010).

Modèle 1 : Prédiction de l'état psychologique à trois mois

Le premier modèle à l'étude visait à vérifier si le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin de famille et de la famille au T1 (temps de départ) pouvait prédire la santé psychologique au T2 (trois mois) chez des adultes souffrant de douleur chronique (hypothèse 1). L'hypothèse 1 a été partiellement confirmée puisque seul le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille a permis de prédire la santé psychologique au T2. Les études recensées démontraient que le soutien aux besoins psychologiques provenant du médecin (Kasser & Ryan, 1999; Williams, Frankel, Campbell & Deci, 2000; Williams, McGregor, King, Nelson & Glasgow, 2005) et le soutien aux besoins psychologiques provenant de la famille (Kasser & al., 1999; Williams & al., 2000) étaient liés à la santé psychologique des patients. Il importe de souligner que ces études concernaient des corrélations alors que la présente recherche permet de démontrer des prédictions entre les variables.

Le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille a permis de prédire la santé psychologique au T2. Ces résultats rejoignent ceux de Kasser et al. (1999) ayant montré que le soutien à l'autonomie offert par la famille était fortement corrélé au bien-être et à la satisfaction de vie et que le soutien à l'affiliation interpersonnelle avec la famille était lié positivement au bien-être de personnes âgées en résidence. Ils se rapprochent également des résultats des études recensées par Williams et al. (2000) démontrant que les patients présentant diverses conditions de santé ayant des interactions positives avec la famille présentaient une meilleure santé psychologique. Les résultats d'une étude récente d'Uysal, Ascigil & Turunc (2017) vont également en ce sens. D'une part, le soutien à l'autonomie de la part du conjoint avait permis de prédire une augmentation de la satisfaction des trois besoins

psychologiques et d'autre part, la satisfaction des trois besoins psychologiques avait permis de prédire une augmentation du bien-être psychologique de personnes souffrant de douleur chronique. La présente étude ajoute au poids de l'évidence empirique quant à l'importance de la famille au niveau du soutien des besoins psychologiques et de ses conséquences sur la santé psychologique de personnes souffrant de douleur chronique.

Toutefois, bien que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin de famille s'avérait élevé aux T1 et T2, cette variable n'a pas permis de prédire la santé psychologique au T2. Cette différence pourrait être attribuable au fait que dans les études répertoriées par Williams et al. (2000), les médecins préconisaient une pratique basée sur la TAD et centrée sur la relation avec le patient. De plus, plusieurs différences méthodologiques entre les études recensées et la présente étude peuvent expliquer les résultats obtenus. D'abord, les études antérieures ne concernaient pas spécifiquement des personnes souffrant de douleur chronique. Kasser et al. (1999) ont étudié des personnes âgées en résidence, Williams et al. (2000) ont considéré des patients sans égard à la condition de santé présentée et Williams et al. (2005) se sont intéressés à des patients atteints de diabète. Enfin, l'instrument de mesure utilisé dans la présente étude différait des études précitées puisque les auteurs n'ont pas fait usage de l'ECI pour évaluer le support aux besoins psychologiques (p. ex. : pour l'étude de Kasser et al. (1999), le *Health-Care Climate Questionnaire* de Williams, Grow, Freedman, Ryan et Deci (1996) a été utilisé et pour l'étude de Williams et al. (2005), le *Modified Health Care Questionnaire* de Williams et al. (1996) et le *Perceived Competence for Diabetes Scale* de Williams, Freedman et Deci (1998) ont été utilisés.

L'accessibilité au système de soins de santé peut également avoir eu une influence sur les résultats obtenus à l'effet que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin de famille n'a pas pu prédire la santé psychologique au T2. L'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2016 démontrait qu'au Québec, les patients percevaient favorablement la qualité des soins médicaux reçus et défavorablement l'accessibilité aux soins et services de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2017). Les difficultés liées à l'accès aux services de santé peuvent donc avoir influencé la perception globale des patients à l'égard du soutien perçu dans la mesure où ces derniers auraient pu vivre des difficultés à accéder aux services de santé souhaités en raison de la « difficulté à obtenir un

rendez-vous » et de « l'attente trop longue avant d'obtenir un rendez-vous » par exemple (Statistique Canada, 2016). Par ailleurs, les contextes relationnels différents entre le médecin de famille et le patient ainsi qu'entre la famille et le patient peuvent expliquer en partie les différences retrouvées dans les résultats selon la source du soutien. La nature du soutien donné diffère selon la provenance du soutien car le rôle du médecin de famille diffère de celui de la famille. Le rôle du médecin de famille consiste « à aider les patients à maintenir et à améliorer leur santé globale, à prévenir l'apparition des maladies, à évaluer et à traiter leurs malaises et maladies épisodiques et à effectuer le suivi de leurs problèmes chroniques de santé, tout en respectant leurs valeurs et leurs préférences » (Collège des médecins du Québec, 2016). Par ailleurs, les patients ne présentent pas les mêmes attentes envers leur famille versus leur médecin de famille en raison du champ d'expertise professionnelle que ce dernier possède. À cet effet, le médecin dispenserait davantage de soutien informatif (Arora, Finney Rutten, Gustafson, Moser & Hawkins, 2007) alors que la famille prodiguerait plus de soutien émotionnel (Campbell, 2003; Kasprzak & al., 2014). À la lumière des résultats obtenus, il pourrait être envisagé que le soutien émotionnel soit le type de soutien le plus influent sur la santé psychologique mais d'autres études sont nécessaires pour étayer cette hypothèse. La nature différentielle du soutien donné par le médecin de famille et la famille pourrait donc expliquer en partie pourquoi seul le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille a permis de prédire la santé psychologique au T2.

Le premier modèle à l'étude visait également à vérifier si le coping émotionnel (hypothèse 2) pouvait prédire au T1 (temps de départ) la santé psychologique au T2 (trois mois) chez des adultes souffrant de douleur chronique. L'hypothèse 2 a été partiellement confirmée. Le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la santé psychologique au T2 mais les analyses exploratoires conduites ont montré que le coping émotionnel a seulement permis de prédire le fonctionnement psychologique au T2. Cette hypothèse se basait sur les résultats de quelques études démontrant les liens entre le coping émotionnel et la santé psychologique. En effet, Smith, Lumley & Longo (2002) ont démontré que l'ACE était associée à moins de dépression chez les personnes atteintes de douleur myofasciale chronique. Van Middendorp et al. (2008) ont constaté que l'utilisation des stratégies de l'ACE était liée à un meilleur fonctionnement affectif chez des femmes atteintes de fibromyalgie. Burger et al. (2016) ont développé une nouvelle thérapie

brève s'intéressant à l'attribution d'une cause psychologique à la douleur ainsi qu'à la conscience et à l'expression émotionnelle et l'ont évaluée auprès de patients atteints de douleur musculo-squelettique. La thérapie utilisée a permis d'augmenter l'utilisation de l'ACE chez les patients et le coping émotionnel a été associé à une diminution des symptômes dépressifs et de la détresse psychologique. En ce qui concerne la présente étude, le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la santé psychologique au T2. Parmi les hypothèses possibles pouvant expliquer les résultats obtenus, le faible usage des stratégies de l'ACE de la part des participants peut avoir limité les probabilités d'obtenir des résultats significatifs. De plus, contrairement à l'étude de Burger et al. (2016), l'usage des stratégies de l'ACE n'a pas pu être bonifié par la participation à une thérapie visant à améliorer les stratégies de différenciation, de compréhension et d'expression des émotions. Enfin, ces études concernaient des associations entre les variables et non des prédictions.

Toutefois, les analyses exploratoires conduites ont montré que le coping émotionnel pouvait prédire le fonctionnement psychologique au T2. Une seule recherche met en évidence les variables du fonctionnement psychologique, de la satisfaction de vie et de la détresse psychologique pour mesurer le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique (Tremblay, 2016). Le coping émotionnel était significativement associé au fonctionnement psychologique et à la satisfaction de vie et aucune relation significative n'était présente entre le coping émotionnel et la détresse psychologique. Il importe de considérer que cette étude diffère de la présente recherche au plan méthodologique car le devis de recherche employé par Tremblay (2016) était transversal alors que la présente étude utilise un devis longitudinal. Toutefois, il est intéressant de constater que des associations étaient présentes entre le coping émotionnel et les variables du fonctionnement psychologique et de la satisfaction de vie au T1 alors que dans l'étude actuelle, seul le coping émotionnel a permis de prédire le fonctionnement psychologique au T2. La présence de variables médiatrices entre le coping émotionnel et la santé psychologique est également à considérer puisque des études ont démontré que le bien-être psychologique pouvait être corrélé avec plusieurs autres variables chez les personnes souffrant de douleur chronique, telles que le niveau d'incapacité (Schleicher & al., 2005), les perceptions concernant les conséquences de la maladie et le soutien social (Treharne, Kitas, Lyons & Booth, 2005) par exemple.

Modèle 2 : Prédiction de la douleur subjective à trois mois

Le deuxième modèle à l'étude visait à examiner si le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille (hypothèse 3) pouvait prédire au T1 (temps de départ) la douleur subjective au T2 (trois mois) chez des adultes souffrant de douleur chronique. L'hypothèse 3 a été partiellement confirmée. Le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2 mais les analyses exploratoires menées ont démontré que le soutien au besoin de compétence provenant du médecin permettait de prédire la douleur subjective au T2. La recension des écrits scientifiques de Williams et al. (2000) faisait valoir que la qualité des relations entre le patient et le médecin de famille ainsi qu'entre le patient et la famille avait des conséquences importantes sur la santé. En effet, lorsque les médecins s'avéraient plus soutenant au niveau de l'autonomie du patient ou plus centrés sur la relation avec le patient, les patients faisaient montre d'une plus grande satisfaction, d'une meilleure adhésion au traitement et d'une meilleure santé physique et psychologique. De plus, lorsque les membres de la famille du patient avaient des interactions positives entre eux, les patients présentaient une meilleure santé physique et psychologique. Cependant, les études citées ne concernaient que le soutien à l'autonomie (et non le soutien aux trois besoins psychologiques) et ne s'appliquaient pas spécifiquement à la santé de patients souffrant de douleur chronique. Une seule des études répertoriées a permis de démontrer des résultats entre le soutien à l'autonomie (et non le soutien aux trois besoins psychologiques) et la douleur. Plus précisément, Uysal (2010) a constaté que le soutien à l'autonomie provenant de l'entourage permettait de prédire une douleur plus faible après trois mois chez des personnes souffrant de douleur chronique. Les résultats montraient également que la satisfaction des besoins psychologiques agissait comme variable médiatrice dans l'association longitudinale entre le soutien à l'autonomie et l'intensité de la douleur. La présence de variables médiatrices entre le soutien aux trois besoins psychologiques et la douleur subjective telle que la satisfaction des besoins psychologiques pourrait également être envisagée pour expliquer les résultats obtenus au T2.

Par ailleurs, le soutien au besoin de compétence provenant du médecin a permis de prédire la douleur subjective au T2. Deux études ont permis d'étayer que le soutien à la compétence est le type de

soutien interpersonnel le plus influent sur la santé. En effet, Williams, McGregor et al. (2005) ont examiné les relations entre le soutien à l'autonomie offert par le médecin, le niveau de compétence perçu par le patient à autogérer sa glycémie, les symptômes dépressifs et la satisfaction de patients atteints de diabète. Les résultats démontraient que le soutien à l'autonomie était lié significativement à la compétence perçue et indirectement au contrôle de la glycémie. Wilshire (2013) s'est intéressée à la relation entre le soutien aux trois besoins psychologiques offert par les médecins et la famille et la motivation relative à trois comportements de santé spécifiques (l'activité physique, l'alimentation saine et l'adhérence médicamenteuse) chez des patients coronariens. Le soutien à la compétence était le seul prédicteur significatif du caractère autodéterminé de la motivation spécifique à l'adoption de comportements de santé. En regard des résultats obtenus, il pourrait être envisagé que le soutien informatif essentiellement fourni par les médecins en raison de leur champ d'expertise professionnelle notamment en lien avec le traitement de la douleur chronique soit plus enclin à répondre au besoin de compétence des patients (p. ex. : en leur fournissant des explications et des informations destinées à augmenter leur confiance dans la réalisation des comportements visés (Williams, 2002; Williams & Deci, 1998; Williams, Gagné & al., 2005). Par ailleurs, rappelons que la présente étude n'a pas traitée l'ensemble du modèle théorique proposé par la TAD (soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation → motivation → comportement). Il est possible également que la motivation globale du patient ait pu agir comme variable médiatrice entre le soutien aux trois besoins psychologiques et la douleur subjective au T2. Par exemple, la motivation à adhérer au traitement médical prescrit aurait pu influencer les liens entre le soutien aux trois besoins psychologiques et la douleur subjective au T2.

Le deuxième modèle à l'étude visait également à examiner si le coping émotionnel (hypothèse 4) pouvait prédire au T1 (temps de départ) la douleur subjective au T2 (3 mois) chez des adultes souffrant de douleur chronique. L'hypothèse 4 a été partiellement confirmée. Le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2. Cependant, les analyses exploratoires réalisées ont montré d'une part que le processus émotionnel et non l'expression émotionnelle a permis de prédire plus de douleur subjective au T2 et; d'autre part que le processus du coping émotionnel a permis de prédire plus de douleur subjective affective et sensorielle au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique. En

regard de la recension des écrits effectuée, une seule des études répertoriées démontrait que les stratégies de l'ACE étaient associées à moins de douleur chez des patients souffrant de douleur chronique (Smith & al., 2002). Des différences méthodologiques sont à considérer pour expliquer ces résultats. D'abord, cette étude concernait un échantillon de patients avec de la douleur chronique myofasciale alors que l'échantillon présent englobait différentes conditions médicales sous le diagnostic de douleur chronique. Ensuite, le devis de recherche utilisé était transversal comparativement au devis longitudinal de l'étude actuelle.

Une étude récente de Bauer et al. (2016) apporte un éclairage intéressant à la compréhension du résultat à l'effet que le coping émotionnel n'ait pas permis de prédire la douleur subjective au T2. Les auteurs ont étudié le coping d'approche émotionnelle (situationnel et dispositionnel) et le coping d'évitement (situationnel et dispositionnel) auprès de patientes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein. Le coping d'approche émotionnelle correspond aux efforts pour accepter, gérer et/ou affronter le facteur de stress ou les réponses émotionnelles associées et le coping d'évitement réfère aux efforts cognitifs ou comportementaux pour éviter les pensées ou les émotions reliées au facteur de stress. Plus précisément, le coping situationnel s'intéresse aux exigences spécifiques d'un agent stressant tandis que le coping dispositionnel s'intéresse aux tendances habituelles qui façonnent la manière dont les individus gèrent leur stress (et qui, par conséquent, influence le coping situationnel). D'une part, la méthode utilisée dans l'étude de Bauer et al. (2016) permet d'énoncer que l'ACE telle que mesurée par la présente étude apparaît être une mesure partielle du coping situationnel. D'autre part, l'impossibilité de prédire des résultats au T2 entre le coping émotionnel et la douleur subjective concorde avec les résultats obtenus par Bauer et al. (2016) à l'effet que seul le coping d'approche émotionnelle dispositionnel permet de prédire moins de symptômes physiques.

Par ailleurs, les analyses exploratoires réalisées ont montré que le processus émotionnel et non l'expression émotionnelle a permis de prédire plus de douleur subjective au T2 et que le processus émotionnel a permis de prédire plus de douleur subjective affective et sensorielle au T2 chez des adultes souffrant de douleur chronique. Ces résultats sont intéressants à mettre en lien avec une étude de Stanton et al. (2000) révélant que le seul emploi du processus émotionnel peut s'apparenter à de la

rumination. La rumination est une forme de pensée caractérisée par une focalisation répétée sur les émotions ou stimuli désagréables (Kucyi & al., 2014). Selon la théorie des styles de réponse à la dépression proposée par Nolen-Hoeksema (1991), les femmes ont plus recours à la rumination que les hommes, ce qui les prédispose davantage à la dépression. À cet effet, il est intéressant de relater que l'échantillon étudié était composé majoritairement de femmes (108 femmes et 58 hommes au T2). Par ailleurs, il est possible que la douleur subjective vécue par les patients ait influencé le processus de coping émotionnel. Par exemple, dans l'étude de Ryan et McGuire (2016), la santé psychologique présentée par les patients atteints d'arthrite rhumatoïde avait influencé leur perception de la satisfaction des besoins psychologiques de base (la dépression avait permis de prédire le niveau auquel le besoin d'appartenance sociale était satisfait alors que l'anxiété avait permis de prédire le niveau auquel le besoin d'autonomie était répondu).

Retombées théoriques et pratiques

La présente étude permet d'enrichir les données scientifiques sur certains facteurs psychosociaux permettant de prédire la santé psychologique et la douleur subjective d'adultes souffrant de douleur chronique. L'objectif du présent essai visait l'étude des effets du soutien aux trois besoins psychologiques de base (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) provenant du médecin de famille et de la famille et du coping émotionnel sur la santé psychologique et la douleur subjective à trois mois chez des adultes souffrant de douleur chronique.

En regard du premier modèle étudié, le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille a permis de prédire la santé psychologique au T2, ce qui corrobore les résultats des études de Kasser et al. (1999); Uysal et al. (2017); Williams et al. (2000). Le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin n'a pas permis de prédire la santé psychologique au T2. À la différence de la présente étude, les études répertoriées par Williams et al. (2000) concernaient des médecins ayant une pratique basée sur la TAD et centrée sur la relation avec le patient. Le soutien aux besoins psychologiques par la famille permet donc de prédire la santé psychologique d'adultes souffrant de douleur chronique. Les résultats ont montré également que le coping émotionnel ne permettait pas de

prédire la santé psychologique au T2 mais les analyses exploratoires conduites ont montré que le coping émotionnel pouvait prédire le fonctionnement psychologique au T2. Ce résultat atteste du rôle du coping émotionnel au niveau du fonctionnement psychologique et plus précisément au niveau de l'autonomie, de la compétence, de la croissance personnelle, des relations positives avec autrui, du sens à la vie et de l'acceptation de soi d'adultes souffrant de douleur chronique.

En regard du deuxième modèle étudié, les résultats ont indiqué que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2 mais les analyses exploratoires menées ont démontré que seul le soutien au besoin de compétence provenant du médecin permettait de prédire la douleur subjective au T2. Ce résultat constitue une retombée théorique originale en précisant la contribution spécifique du médecin dans le soulagement de l'expérience douloureuse chez des patients souffrant de douleur chronique. Les résultats ont démontré également que le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la douleur subjective au T2. Cependant, les analyses exploratoires réalisées ont montré que seul le processus émotionnel et non l'expression émotionnelle a permis de prédire plus de douleur subjective affective et sensorielle au T2. Ce résultat s'avère intéressant à mettre en lien avec l'étude de Stanton et al. (2000) démontrant que le seul emploi du processus émotionnel peut s'apparenter à de la rumination. De plus, la présente étude étaye la pertinence de considérer la mesure du coping émotionnel à l'aide du coping d'approche émotionnelle situationnel et dispositionnel de Bauer et al. (2016).

L'étude actuelle permet également de bonifier les connaissances scientifiques de la douleur chronique afin de mieux comprendre et éventuellement, traiter et prévenir cette problématique majeure de santé. Il importe de rappeler que des facteurs de nature psychosociale influencent le développement, le maintien et l'exacerbation de la douleur chronique. La présente étude démontre qu'il importe d'inclure la famille au niveau du soutien aux trois besoins psychologiques d'adultes souffrant de douleur chronique dans l'optique qu'ils présentent une meilleure santé psychologique. De l'information devrait être dispensée à la famille afin qu'elle puisse être sensibilisée quant à leur importance au niveau du soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation interpersonnelle des patients. Il s'avère primordial également que les patients puissent bénéficier de l'expertise professionnelle du médecin dans

l'optique de soutenir leur besoin de compétence. Pour ce faire, les visites médicales s'avèrent un lieu de rencontre privilégié pour favoriser la transmission d'informations destinées à augmenter la confiance des patients à l'égard de leur autogestion de la douleur par exemple. Cette étude étaye aussi la nécessité que les patients soient en mesure de réguler leurs émotions, notamment parce que le processus émotionnel peut s'apparenter à de la rumination en présence de douleur persistante. De plus, les émotions vécues par les patients peuvent être de bons indicateurs de leur perception quant au respect de leurs besoins psychologiques de base.

Forces et limites de l'étude

Il s'agit de la première recherche à utiliser un devis longitudinal pour étudier simultanément les variables du soutien aux trois besoins psychologiques de base par le médecin et la famille, du coping émotionnel, de la santé psychologique et de la douleur subjective chez des adultes souffrant de douleur chronique. L'étude actuelle se démarque donc par son devis de recherche longitudinal mais aussi par sa grande taille échantillonnale aux deux temps de mesure ($n = 242$ participants au T1 et 166 participants au T2) et par ses résultats obtenus par le biais d'analyses de régression multiple permettant d'établir des liens de nature prédictive entre les variables.

Malgré la rigueur scientifique employée, la présente étude comporte des limites qui sont à considérer. D'abord, en ce qui concerne les résultats, les tailles d'effet obtenu aux analyses de régression multiple s'avéraient relativement faibles ($R^2 \leq 8\%$). Toutefois, dans le contexte d'une problématique de santé aussi complexe que représente la douleur chronique, les tailles d'effet obtenues demeurent significatives. Par la suite, la présente recherche aurait pu être bonifiée par l'inclusion de la mesure de coping d'approche émotionnelle dispositionnel de Bauer et al. (2016) étant donné le contexte d'agent stressé persistant (soit la douleur chronique). Elle aurait pu être enrichie par une mesure à six mois et à douze mois afin d'observer s'il y avait des différences entre les résultats obtenus lors de la prise de mesure à trois mois. Le questionnaire utilisé aurait pu être bonifié également au niveau de l'ECI par exemple, en clarifiant la source du soutien familial en demandant s'il s'agissait du conjoint, de la famille immédiate ou de la famille élargie. Quant aux questions servant à collecter les données paramédicales, il aurait été

intéressant de préciser la fréquence des suivis sur une base annuelle (hebdomadaire, mensuel, annuel ou autre). Enfin, le type de douleur présenté aurait été également pertinent à connaître.

Orientation de recherches futures

De nouvelles recherches pourraient considérer la mesure du coping d'approche émotionnelle dispositionnel de Bauer et al. (2016). Elles pourraient inclure l'ensemble du modèle théorique de la TAD (soutien aux trois besoins psychologiques de base → motivation → comportement) afin de vérifier si la motivation globale du patient peut agir à titre de variable médiatrice entre le soutien aux trois besoins psychologiques et la santé psychologique ainsi qu'entre le soutien aux trois besoins psychologiques et la douleur subjective. L'inclusion de l'ensemble du modèle de la TAD pourrait permettre d'en connaître davantage les types de motivation impliqués dans la gestion de la douleur des participants. Il serait également intéressant d'ajouter une mesure de la satisfaction des trois besoins psychologiques afin de voir si elle peut agir à titre de variable médiatrice entre l'association longitudinale entre le soutien aux trois besoins psychologiques et l'intensité des douleurs. Les variables non-mesurées ciblées comme étant des prédicteurs de la satisfaction de vie pourraient être ajoutées, soit l'état matrimonial et la vitalité (Boonstra et al., 2013). Les variables médiatrices entre le coping émotionnel et la santé psychologique pourraient être mesurées également, telles que le niveau d'incapacité (Schleicher & al., 2005), les perceptions concernant les conséquences de la maladie et le soutien social (Treharne & al., 2005) par exemple. Par ailleurs, il pourrait être intéressant de former les professionnels collaborant à la recherche à soutenir les trois besoins psychologiques de base, tel que fait par des physiothérapeutes dans l'étude de Murray et al. (2015). Il pourrait être d'intérêt également que l'usage des stratégies de l'ACE puisse être bonifié par la participation à une thérapie visant à améliorer les stratégies de différenciation, de compréhension et d'expression des émotions. Enfin, la collecte de données longitudinales pourrait s'effectuer à trois, six et douze mois.

CONCLUSION

La présente étude a permis de s'intéresser aux effets du soutien aux trois besoins psychologiques de base (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) offert par le médecin de famille et la famille

et du coping émotionnel sur la santé psychologique et la douleur subjective à trois mois chez des adultes souffrant de douleur chronique. L'étude actuelle permet de mettre en lumière l'importance de la famille au niveau du soutien des besoins psychologiques sur la santé psychologique de personnes souffrant de douleur chronique. Elle a permis d'observer que le soutien à la compétence fourni par les médecins possiblement en raison de leur champ d'expertise professionnelle est un prédicteur significatif de la douleur subjective. Elle corrobore les conclusions de l'étude de Stanton, Kirk, Cameron et Danoff-Burg (2000) à l'effet que le seul emploi du processus émotionnel peut s'apparenter à de la rumination. Enfin, elle soutient l'intérêt de mesurer le coping émotionnel à l'aide du coping d'approche émotionnelle situationnel et dispositionnel de Bauer et al. (2016) lorsque les agents stressés étudiés sont persistants.

RÉFÉRENCES

- Arora, N. K., Finney Rutten, L. J., Gustafson, D. H., Moser, R., & Hawkins, R. P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(5), 474-486.
- Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of personality*, 72(6), 1335-1364.
- Bauer, M. R., Harris, L. N., Wiley, J. F., Crespi, C. M., Krull, J. L., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2016). Dispositional and situational avoidance and approach as predictors of physical symptom bother following breast cancer diagnosis. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(3), 370-384.
- Beaupré, M., & McKerral, M. (2012). Impact de la douleur chronique sur la cognition et facteurs psychologiques concomitants. *Revue de neuropsychologie*, 4(1), 53-59.
- Blais, M. R., Vallerand, R. J., Pelletier, L. G., & Brière, N. M. (1989). L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du " Satisfaction with Life Scale.". *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 21(2), 210-223.
- Boonstra, A. M., Reneman, M. F., Stewart, R. E., Post, M. W., & Preuper, H. R. S. (2013). Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality of life research*, 22(1), 93-101.
- Bouffard, L., & Lapierre, S. (1997). La mesure du bonheur. *Revue québécoise de psychologie*, 18(2), 273-316.
- Burger, A. J., Lumley, M. A., Carty, J. N., Latsch, D. V., Thakur, E. R., Hyde-Nolan, M. E., ... Schubiner, H. (2016). The effects of a novel psychological attribution and emotional awareness and expression therapy for chronic musculoskeletal pain: A preliminary, uncontrolled trial. *Journal of psychosomatic research*, 81, 1-8.
- Calvino, B., & Grilo, R. M. (2006). Central pain control. *Joint Bone Spine*, 73(1), 10-16.
- Campbell, T. L. (2003). The effectiveness of family interventions for physical disorders. *Journal of Marital and family Therapy*, 29(2), 263-281.
- Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P. M., Boulanger, A., ... Guertin, M.-C. (2010). The Canadian STOP-PAIN project—Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 57(6), 539-548.

- Collège des médecins du Québec. (2016). *Une première ligne forte de l'expertise du médecin de famille*. Repéré à <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2016-02-23-fr-premiere-ligne-forte-expertise-medecin-de-famille.pdf>
- Cui, J., Matsushima, E., Aso, K., Masuda, A., & Makita, K. (2009). Psychological features and coping styles in patients with chronic pain. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(2), 147-152.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000a). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000b). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological inquiry*, 11(4), 227-268.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. New York, NY: The university of Rochester press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 14-23.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2009). *Self-determination theory: a consideration of human motivational universals*. Cambridge, ANG: Cambridge University Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2017). Psychological needs: Varied concepts and a preliminary description of SDT's approach. Dans *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness* (pp. 80-101). New York, NY: The Guilford Press.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Dima, A. L., Gillanders, D. T., & Power, M. J. (2013). Dynamic pain–emotion relations in chronic pain: a theoretical review of moderation studies. *Health Psychology Review*, 7(1), S185-S252.
- Dudgeon, D., Raubertas, R. F., & Rosenthal, S. N. (1993). The short-form McGill Pain Questionnaire in chronic cancer pain. *Journal of pain and symptom management*, 8(4), 191-195.
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(9), T70-T92.

- Gilbert, M.-H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195-203.
- Gilmour, H. (2015). *Douleur chronique, limitation des activités et santé mentale florissante*. Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015001/article/14130-fra.htm>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update (4e éd.)*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Hoyt, M. A., Stanton, A. L., Irwin, M. R., & Thomas, K. S. (2013). Cancer-related masculine threat, emotional approach coping, and physical functioning following treatment for prostate cancer. *Health Psychology*, 32(1), 66-74.
- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G., & Carli, G. (2008). Predictors of psychological distress and well-being in women with chronic musculoskeletal pain: Two sides of the same coin? *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 169-175.
- IBM Corp. (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- Ilfeld Jr, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological reports*, 39(3), 1215-1228.
- Institut canadien d'information sur la santé (2017). *Résultats du Canada: Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes de 11 pays*. Repéré à <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/text-alternative-version-2016-cmwf-fr-web.pdf>
- International Association for the Study of Pain. (1979). IASP Pain Terms —1979. *Pain*, 6, 247–252.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *IASP Task Force on Taxonomy*. Seattle, WA: IASP Press.
- International Association for the Study of Pain. (2002). *Classification of chronic pain (2^e éd.)*. Seattle, WA: IASP Press.
- International Association for the Study of Pain. (2011). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle, WA: IASP Press.
- International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP Taxonomy*. Repéré à <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

- Juth, V., Dickerson, S. S., Zoccola, P. M., & Lam, S. (2015). Understanding the utility of emotional approach coping: Evidence from a laboratory stressor and daily life. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(1), 50-70.
- Karademas, E. C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 277-287.
- Kasprzak, M., Mroczek, B., Nitsch-Osuch, A., Kassolik, K., Karakiewicz, B., Bielska, D., & Kiejna, A. (2014). Social support versus chosen health status indicators in primary care patients. *Psychiatria Polska*, 48(5), 941-960.
- Kasser, V. G., & Ryan, R. M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality in a nursing home 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935-954.
- Kucyi, A., Moayedi, M., Weissman-Fogel, I., Goldberg, M. B., Freeman, B. V., Tenenbaum, H. C., & Davis, K. D. (2014). Enhanced medial prefrontal-default mode network functional connectivity in chronic pain and its association with pain rumination. *Journal of Neuroscience*, 34(11), 3969-3975.
- Labelle, R., Alain, M., Bastin, É., Bouffard, L., Dubé, M., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique: Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 71-87.
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., ... Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology*, 67(9), 942-968.
- Mangelli, L., Gribbin, N., Büchi, S., Allard, S., & Sensky, T. (2002). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: Relationship to 'disease' variables and affective disturbance. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 112-116.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur (2^e éd.)* Montréal, QC: Chenelière éducation.
- Marroquín, B., Czamanski-Cohen, J., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2016). Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer survivors. *Journal of behavioral medicine*, 39(5), 832-844.
- Martin, F., Sabourin, S., & Gendreau, P. (1989). Les dimensions de la détresse psychologique: Analyse factorielle confirmatoire de type hiérarchique. *International Journal of Psychology*, 24(1-5), 571-584.

- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social indicators research*, 45(1-3), 475-504.
- Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197.
- Melzack, R., & Casey, K. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. Dans *The skin senses* (pp. 423-439). Springfield, FL: Thomas.
- Melzack, R. & Wall, P. (1989). *Le défi de la douleur* (3^e éd.). St-Hyacinthe, QC: Edisem.
- Muaka Dituba, L. (2012). *Caractéristiques de la douleur et variables associées à la santé mentale dans une population de patients souffrant de douleur chronique suivis en consultation externe de psychiatrie*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Murray, A., Hall, A. M., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N., Taylor, I. M., ... Lonsdale, C. (2015). Effect of a self-setermination theory-based communication skills training program on physiotherapists' psychological support for their patients with chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(5), 809-816.
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340.
- Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2010). Self-determination theory and the relation of autonomy to self-regulatory processes and personality development. Dans *Handbook of personality and self-regulation* (pp. 169-191). Singapore, HK: Wiley-Blackwell.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569-582.
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28(1), 1-20.
- Pavot, W., Diener, E., Colvin, C. R., & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment*, 57(1), 149-161.
- Pelletier, L. G., Sharp, E. C., Beaudry, S., & Otis, N. (En préparation). *The interpersonal behaviours scale (IBS): Support of antonomy, competence and relatedness in different life domains*. Manuscrit en préparation, Université d'Ottawa.

- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Légaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Québec, QC: La Direction des communications Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ramage-Morin, P. L. (2008). Douleur chronique chez les personnes âgées au Canada. *Rapports sur la santé*, 19(1), 39-56.
- Ramage-Morin, P. L., & Gilmour, H. L. (2010). *Douleur chronique chez les personnes de 12 à 44 ans*. *Rapports sur la santé*, 21(4), 55-63.
- Reitsma, M., Tranmer, J., Buchanan, D., & Vandenkerkhof, E. (2011). Prévalence de la douleur chronique et des limitations fonctionnelles qui lui sont associées au Canada entre 1994 et 2008. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 31(4), 157-164.
- Ryan, S., & McGuire, B. (2016). Psychological predictors of pain severity, pain interference, depression, and anxiety in rheumatoid arthritis patients with chronic pain. *British journal of health psychology*, 21(2), 336-350.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Schleicher, H., Alonso, C., Shirtcliff, E. A., Muller, D., Loevinger, B. L., & Coe, C. L. (2005). In the face of pain: the relationship between psychological well-being and disability in women with fibromyalgia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 231-239.
- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain research and management*, 16(6), 445-450.
- Smith, J. A., Lumley, M. A., & Longo, D. J. (2002). Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 326-335.
- Stanton, A. L. (2011). Regulating emotions during stressful experiences: The adaptive utility of coping through emotional approach. Dans *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 369-386). New York, NY: Oxford University Press.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social psychology*, 66(2), 350-362.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1150-1169.

- Stanton, A. L., Sullivan, S. J., & Austenfeld, L. (2009). Coping Through Emotional Approach: Emerging Evidence for the Utility of Processing and Expressing Emotions in Responding to Stressors. *Oxford handbook of positive psychology*, 2, 225-235.
- Statistique Canada. (2016). *Difficulté liée à l'accès aux services de soins de santé au Canada*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2016001/article/14683-fra.pdf>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics (4e éd.)*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Treharne, G. J., Kitas, G. D., Lyons, A. C., & Booth, D. A. (2005). Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *Journal of health psychology*, 10(3), 457-474.
- Tremblay, I. (2016). *Associations entre le coping émotionnel, l'intensité de la douleur et le bien-être psychologique chez des patients souffrant de douleur chronique*. Université du Québec à Chicoutimi.
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Revicki, D., Harding, G., Burke, L. B., Cella, D., ... Hertz, S. (2008). Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: an IMMPACT survey of people with pain. *PAIN®*, 137(2), 276-285.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 678-690.
- Turk, D. C., & Wilson, H. D. (2013). Chronic pain. Dans *Handbook of psychology* (Vol. 9, pp. 292-317). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Uysal, A. (2010). *Autonomy and pain: A self-determination theory approach to psychological aspects of physical pain. (Thèse de doctorat inédite)*. University of Houston. Repéré à http://gateway.proquest.com.sbioproxy.uqac.ca/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqdiss&rft_dat=xri:pqdiss:3442504
- Uysal, A., Ascigil, E., & Turunc, G. (2017). Spousal autonomy support, need satisfaction, and well-being in individuals with chronic pain: A longitudinal study. *Journal of behavioral medicine*, 40(2), 281-292.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(4), 662-680.
- Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 159-167.

- Veilleux, S., Sicard, D., & Bohuon, A. (1989). Traduction de McGill Pain Questionnaire. *Le défi de la douleur* (3^e éd.). St-Hyacinthe, QC: Edisem, 290-296.
- Williams, G. C. (2002). Improving patients' health through supporting the autonomy of patients and providers. Dans *Handbook of self-determination research* (pp. 233-254). Rochester, ANG: University of Rochester Press.
- Weilgosz, A., & Reid, R. (2001). *Mesures non publiées*. Institut de cardiologie: Université d'Ottawa
- Williams, G. C. (2014). Self-determination and the patient-health practitioner relationship. Dans *Human Motivation and Interpersonal Relationships* (pp. 335-360). New York, NY: Springer.
- Williams, G. C., & Deci, E. L. (1998). The importance of supporting autonomy in medical education. *Annals of internal medicine*, 129(4), 303-308.
- Williams, G. C., Frankel, R. M., Campbell, T. L., & Deci, E. L. (2000). Research on relationship-centered care and healthcare outcomes from the Rochester biopsychosocial program: A self-determination theory integration. *Families, Systems, & Health*, 18(1), 79-90.
- Williams, G. C., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (1998). Supporting autonomy to motivate patients with diabetes for glucose control. *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651.
- Williams, G. C., Gagné, M., Mushlin, A. I., & Deci, E. L. (2005). Motivation for behavior change in patients with chest pain. *Health education*, 105(4), 304-321.
- Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational predictors of weight loss and weight-loss maintenance. *Journal of personality and social psychology*, 70(1), 115-126.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient education and counseling*, 57(1), 39-45.
- Wilshire, É. (2013). *Relations entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par les médecins et la famille et la motivation spécifique à l'activité physique, à l'alimentation et à l'adhérence médicamenteuse chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean*. Université du Québec à Chicoutimi.
- World Health Organization (2018). *Classifications*. Repéré à <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Conclusion générale

La douleur chronique est une problématique de santé majeure, comme en témoigne sa prévalence élevée et son impact sur plusieurs aspects de la vie des gens (Ramage-Morin, 2008), tels que les activités quotidiennes, le travail, l'utilisation des soins de santé et le bien-être général et psychosocial des personnes atteintes (Ramage-Morin & Gilmour, 2010). Les impacts de la douleur chronique sont multiples, tout comme le sont les facteurs qui engendrent la chronicité (Beaupré & McKerral, 2012). La présente étude visait l'examen des effets du soutien aux trois besoins psychologiques de base (autonomie, compétence et affiliation interpersonnelle) offert par le médecin de famille et la famille et du coping émotionnel sur la santé psychologique et la douleur subjective à trois mois chez des adultes souffrant de douleur chronique. Pour ce faire, deux modèles de prédictions ont été élaborés à partir des données probantes existantes, soit le modèle 1 qui examine les prédictions de la santé psychologique à trois mois et, le modèle 2 qui porte sur les prédictions de la douleur subjective à trois mois.

Pour le modèle 1 qui consistait à prédire la santé psychologique à trois mois, les résultats ont démontré que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant de la famille a permis de prédire la santé psychologique au T2 (H1) et que le coping émotionnel n'a pas permis de prédire la santé psychologique au T2 (H2). Cependant, les analyses exploratoires pour cette seconde hypothèse ont révélé que le coping émotionnel a permis de prédire le fonctionnement psychologique. Pour le modèle 2 visant à prédire la douleur subjective à trois mois, les résultats ont montré que le soutien aux trois besoins psychologiques provenant du médecin et de la famille n'a pas permis de prédire la douleur

subjective au T2 (H3). Toutefois, les analyses exploratoires pour cette troisième hypothèse ont montré que le soutien au besoin de compétence provenant du médecin a permis de prédire la douleur subjective. Quant au coping émotionnel, bien qu'il n'ait pas permis de prédire la douleur subjective au T2 (H4), les analyses exploratoires ont suggéré que le processus émotionnel et non l'expression émotionnelle a permis de prédire plus de douleur subjective affective et sensorielle chez des adultes souffrant de douleur chronique.

L'étude actuelle permet ainsi d'enrichir le corpus de connaissances scientifiques à propos de certains facteurs psychosociaux permettant de prédire la santé psychologique et la douleur subjective d'adultes souffrant de douleur chronique. Elle est la première recherche à utiliser un devis longitudinal pour étudier simultanément les variables du soutien aux trois besoins psychologiques de base par le médecin et la famille, du coping émotionnel, de la santé psychologique et de la douleur subjective chez des adultes souffrant de douleur chronique. Elle est également la première recherche à suggérer de s'intéresser en même temps au soutien aux trois besoins psychologiques et à la douleur chronique. Son devis de recherche longitudinal, sa grande taille échantillonnale aux deux temps de mesure ainsi que les résultats obtenus par le biais d'analyses de régression multiple pouvant établir des liens de nature prédictive entre les variables en font une étude d'intérêt dans le domaine de la douleur chronique.

Cette étude permet également de mettre en lumière l'importance de la famille au niveau du soutien des besoins psychologiques sur la santé psychologique de personnes

souffrant de douleur chronique. Elle constitue également un appui supplémentaire au fait que le soutien informatif essentiellement fourni par les médecins en raison de leur champ d'expertise professionnelle soit plus enclin à répondre au besoin de compétence des patients, tel que vu dans les études de Williams, McGregor, King, Nelson et Glasgow (2005) et de Wilshire (2013). Elle permet de réitérer les conclusions de l'étude de Stanton et ses collaborateurs (2000) à l'effet que le seul emploi du processus émotionnel peut s'apparenter à de la rumination. Enfin, elle soutient l'intérêt de mesurer le coping émotionnel par le coping d'approche émotionnelle (situationnel et dispositionnel) (Bauer & al., 2016) lorsque les agents stressés étudiés sont persistants.

La présente étude démontre aussi la pertinence d'étudier ultérieurement deux variables médiatrices pouvant venir préciser la compréhension de la douleur chronique, soit la satisfaction des besoins psychologiques et la motivation. Il est proposé également que d'autres variables médiatrices potentielles entre le coping émotionnel et la santé psychologique soient considérées, telles que le niveau d'incapacité, les perceptions concernant les conséquences de la maladie et le soutien social. Par ailleurs, l'étude rend compte qu'un devis de recherche longitudinal à mesures répétées incluant des mesures à six mois et à douze mois serait une piste de recherche future prometteuse pour explorer des liens de causalité pouvant se prolonger dans le temps entre les variables. Enfin, la formation des professionnels collaborant à la recherche à soutenir les trois besoins psychologiques de base ou encore l'entraînement des participants à bonifier leurs

stratégies de l'ACE par la participation à une approche centrée sur le coping émotionnel seraient des avenues de recherches ultérieures toutes aussi intéressantes à explorer.

Références de l'introduction et de la conclusion générale

American Psychological Association. (2007). *Dictionary of psychology*. Washington, WA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.

Austenfeld, J. L., & Stanton, A. L. (2004). Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *Journal of personality*, 72(6), 1335-1364.

Bauer, M. R., Harris, L. N., Wiley, J. F., Crespi, C. M., Krull, J. L., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2016). Dispositional and situational avoidance and approach as predictors of physical symptom bother following breast cancer diagnosis. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(3), 370-384.

Beaupré, M., & McKerral, M. (2012). Impact de la douleur chronique sur la cognition et facteurs psychologiques concomitants. *Revue de neuropsychologie*, 4(1), 53-59.

Boonstra, A. M., Reneman, M. F., Stewart, R. E., Post, M. W., & Preuper, H. R. S. (2013). Life satisfaction in patients with chronic musculoskeletal pain and its predictors. *Quality of life research*, 22(1), 93-101.

Burger, A. J., Lumley, M. A., Carty, J. N., Latsch, D. V., Thakur, E. R., Hyde-Nolan, M. E., ... Schubiner, H. (2016). The effects of a novel psychological attribution and emotional awareness and expression therapy for chronic musculoskeletal pain: A preliminary, uncontrolled trial. *Journal of psychosomatic research*, 81, 1-8.

Calvino, B., & Grilo, R. M. (2006). Central pain control. *Joint Bone Spine*, 73(1), 10-16.

Canadian Pain Coalition, & Boston Scientific. (2014). *The painful truth: The state of pain management in Canada*. Repéré à <http://www.canadianpaincoalition.ca/index.php/fr/about-us/media-room/2014/10/17/242>

- Canadian Pain Society. (2014). *Pain in Canada fact sheet*. Repéré à http://www.chronicpaintoronto.com/wpcontent/uploads/2016/06/pain_fact_sheet_en.pdf
- Carré, P., & Fenouillet, F. (2009). *Traité de psychologie de la motivation. Théories et pratiques*. Paris, FR: Dunod. Repéré à <https://www.cairn.info/traite-de-psychologie-de-la-motivation--9782100515837.htm>
- Choinière, M., Dion, D., Peng, P., Banner, R., Barton, P. M., Boulanger, A., ... Guertin, M.-C. (2010). The Canadian STOP-PAIN project—Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie*, 57(6), 539-548.
- Cui, J., Matsushima, E., Aso, K., Masuda, A., & Makita, K. (2009). Psychological features and coping styles in patients with chronic pain. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 63(2), 147-152.
- Deci, E., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York, NY: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. New York, NY: The university of Rochester press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008a). Facilitating optimal motivation and psychological well-being across life's domains. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(1), 14-23.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008b). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182-185.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2009). *Self-determination theory: a consideration of human motivational universals*. Cambridge, ANG: Cambridge University Press.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). *Motivation, personality, and development within embedded social contexts: An overview of self-determination theory*. New York, NY: Oxford University Press Inc.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2017). Psychological needs: Varied concepts and a preliminary description of SDT's approach. Dans *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness* (pp. 80-101). New York, NY: The Guilford Press.
- Deci, E. L., & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: Understanding human development in positive psychology. *Ricerche di psicologia*, 27(1), 23-40.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dima, A. L., Gillanders, D. T., & Power, M. J. (2013). Dynamic pain–emotion relations in chronic pain: a theoretical review of moderation studies. *Health Psychology Review*, 7(1), S185-S252.
- Doleys, D. M. (2014). *Pain : dynamics and complexities*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gilbert, M.-H., Dagenais-Desmarais, V., & Savoie, A. (2011). Validation d'une mesure de santé psychologique au travail. *Revue européenne de psychologie appliquée/European Review of Applied Psychology*, 61(4), 195-203.
- Gilmour, H. (2015). *Douleur chronique, limitation des activités et santé mentale florissante*. Statistique Canada. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015001/article/14130-fra.htm>
- Hartmann, A. (2008). Les orientations nouvelles dans le champ du coping. *Pratiques psychologiques*, 14(2), 285-299.
- Hoyt, M. A., Stanton, A. L., Irwin, M. R., & Thomas, K. S. (2013). Cancer-related masculine threat, emotional approach coping, and physical functioning following treatment for prostate cancer. *Health Psychology*, 32(1), 66-74.

- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G., & Carli, G. (2008). Predictors of psychological distress and well-being in women with chronic musculoskeletal pain: Two sides of the same coin? *Journal of Psychosomatic Research*, 64(2), 169-175.
- Ilfeld Jr, F. W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological reports*, 39(3), 1215-1228.
- International Association for the Study of Pain. (1979). IASP Pain Terms —1979. *Pain*, 6, 247–252.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *IASP Task Force on Taxonomy*. Seattle, WA: IASP Press.
- International Association for the Study of Pain. (2002). *Classification of chronic pain (2^e éd.)*. Seattle, WA: IASP Press.
- International Association for the Study of Pain. (2011). *Core Curriculum for Professional Education in Pain*. Seattle, WA: IASP Press.
- International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP Taxonomy*. Repéré à <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Juth, V., Dickerson, S. S., Zoccola, P. M., & Lam, S. (2015). Understanding the utility of emotional approach coping: Evidence from a laboratory stressor and daily life. *Anxiety, Stress, & Coping*, 28(1), 50-70.
- Karademas, E. C. (2007). Positive and negative aspects of well-being: Common and specific predictors. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 277-287.
- Kasser, V. G., & Ryan, R. M. (1999). The relation of psychological needs for autonomy and relatedness to vitality, well-being, and mortality in a nursing home 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(5), 935-954.
- Labelle, R., Alain, M., Bastin, É., Bouffard, L., Dubé, M., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique: Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*, 22(1), 71-87.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., ... Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology*, 67(9), 942-968.
- Mangelli, L., Gribbin, N., Büchi, S., Allard, S., & Sensky, T. (2002). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: Relationship to 'disease' variables and affective disturbance. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(2), 112-116.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur (2^e éd.)*. Montréal, QC: Chenelière éducation.
- Marroquín, B., Czamanski-Cohen, J., Weihs, K. L., & Stanton, A. L. (2016). Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer survivors. *Journal of behavioral medicine*, 39(5), 832-844.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., & Battaglini, A. (1998). The structure of mental health: Higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social indicators research*, 45(1-3), 475-504.
- Melzack, R., & Casey, K. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. Dans *The skin senses* (pp. 423-439). Springfield, FL: Thomas.
- Melzack, R. & Wall, P. (1989). *Le défi de la douleur (3^e éd.)*. St-Hyacinthe, QC: Edisem.
- Muaka Dituba, L. (2012). *Caractéristiques de la douleur et variables associées à la santé mentale dans une population de patients souffrant de douleur chronique suivis en consultation externe de psychiatrie*. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Ng, J. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340.

- Niemiec, C. P., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2010). Self-determination theory and the relation of autonomy to self-regulatory processes and personality development. Dans *Handbook of personality and self-regulation* (pp. 169-191). Singapore, HK: Wiley-Blackwell.
- Ramage-Morin, P. L. (2008). Douleur chronique chez les personnes âgées au Canada. *Rapports sur la santé*, 19(1), 39-56.
- Ramage-Morin, P. L., & Gilmour, H. L. (2010). Douleur chronique chez les personnes de 12 à 44 ans. *Rapports sur la santé*, 21(4), 55-63.
- Reitsma, M., Tranmer, J., Buchanan, D., & Vandenberg, E. (2011). Prévalence de la douleur chronique et des limitations fonctionnelles qui lui sont associées au Canada entre 1994 et 2008. *Maladies chroniques et blessures au Canada*, 31(4), 157-164.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of personality and social psychology*, 57(5), 749-761.
- Ryan, S., & McGuire, B. (2016). Psychological predictors of pain severity, pain interference, depression, and anxiety in rheumatoid arthritis patients with chronic pain. *British journal of health psychology*, 21(2), 336-350.
- Sarrazin, P., Pelletier, L., Deci, E., & Ryan, R. (2011). Nourrir une motivation autonome et des conséquences positives dans différents milieux de vie: les apports de la théorie de l'autodétermination. Dans *Traité de psychologie positive* (pp. 273-312). Bruxelles, BE: De Boeck.
- Schleicher, H., Alonso, C., Shirliff, E. A., Muller, D., Loevinger, B. L., & Coe, C. L. (2005). In the face of pain: the relationship between psychological well-being and disability in women with fibromyalgia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 231-239.
- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain research and management*, 16(6), 445-450.

- Smith, J. A., Lumley, M. A., & Longo, D. J. (2002). Contrasting emotional approach coping with passive coping for chronic myofascial pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(4), 326-335.
- Société canadienne de psychologie (2014). *La psychologie peut vous aider : Le suicide*. Repéré à http://www.cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/La_psychologie_peut_vous_aider-Le_suicide.pdf
- Stanton, A. L. (2011). Regulating emotions during stressful experiences: The adaptive utility of coping through emotional approach. Dans *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 369-386). New York, NY: Oxford University Press.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., & Ellis, A. P. (1994). Coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding. *Journal of Personality and Social psychology*, 66(2), 350-362.
- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of personality and social psychology*, 78(6), 1150-1169.
- Stanton, A. L., Sullivan, S. J., & Austenfeld, L. (2009). Coping Through Emotional Approach: Emerging Evidence for the Utility of Processing and Expressing Emotions in Responding to Stressors. *Oxford handbook of positive psychology*, 2, 225-235.
- Statistique Canada. (2015). *Estimations de la population du Canada: âge et sexe*. Repéré à <https://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/150929/dq150929b-fra.htm>
- Treharne, G. J., Kitas, G. D., Lyons, A. C., & Booth, D. A. (2005). Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *Journal of health psychology*, 10(3), 457-474.
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Revicki, D., Harding, G., Burke, L. B., Cella, D., ... Hertz, S. (2008). Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: an IMMPACT survey of people with pain. *PAIN®*, 137(2), 276-285.

- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(3), 678-690.
- Turk, D. C., & Wilson, H. D. (2013). Chronic pain. Dans *Handbook of psychology* (Vol. 9, pp. 292-317). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Uysal, A. (2010). *Autonomy and pain: A self-determination theory approach to psychological aspects of physical pain. (Thèse de doctorat inédite)*. University of Houston. Repéré à http://gateway.proquest.com.sbioproxy.uqac.ca/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqdiss&rft_dat=xri:pqdiss:3442504
- Uysal, A., Ascigil, E., & Turunc, G. (2017). Spousal autonomy support, need satisfaction, and well-being in individuals with chronic pain: A longitudinal study. *Journal of behavioral medicine*, 40(2), 281-292.
- Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Jacobs, J. W., van Doornen, L. J., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2008). Emotions and emotional approach and avoidance strategies in fibromyalgia. *Journal of psychosomatic research*, 64(2), 159-167.
- Williams, G. C. (2002). Improving patients' health through supporting the autonomy of patients and providers. Dans *Handbook of self-determination research* (pp. 233-254). Rochester, ANG: University of Rochester Press.
- Williams, G. C., & Deci, E. L. (1998). The importance of supporting autonomy in medical education. *Annals of internal medicine*, 129(4), 303-308.
- Williams, G. C., Frankel, R. M., Campbell, T. L., & Deci, E. L. (2000). Research on relationship-centered care and healthcare outcomes from the Rochester biopsychosocial program: A self-determination theory integration. *Families, Systems, & Health*, 18(1), 79-90.
- Williams, G. C., Gagné, M., Mushlin, A. I., & Deci, E. L. (2005). Motivation for behavior change in patients with chest pain. *Health education*, 105(4), 304-321.

Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C. C., & Glasgow, R. E. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: relationship to autonomy support from physicians. *Patient education and counseling*, 57(1), 39-45.

Wilshire, É. (2013). *Relations entre le soutien aux besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation offert par les médecins et la famille et la motivation spécifique à l'activité physique, à l'alimentation et à l'adhérence médicamenteuse chez des patients coronariens du Saguenay-Lac-St-Jean*. Université du Québec à Chicoutimi.

World Health Organization (2018). *Classifications*. Repéré à <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Appendice A

Approbation éthique



Université du Québec à Chicoutimi


APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'*Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains* et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

La présente est délivrée pour la période du 16 mai 2008 au 31 décembre 2009

Pour le projet de recherche intitulé : *Effets du support à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, de la motivation et du coping émotionnel sur le bien-être de patients du Saguenay-Lac-Saint-Jean souffrant de douleur chronique*
Chercheur responsable du projet de recherche : *Claude Émond*

Fait à Ville de Saguenay, le 16 mai 2008


Jean-Pierre Béland
Président du Comité d'éthique
de la recherche avec des êtres humains

Appendice B

Normes de publication de la Revue québécoise de psychologie

NORMES DE PUBLICATION DÉTAILLÉES
REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE
 (révision effectuée en juin 2011)

Informations générales

1. Les manuscrits sont soumis via le site Web de la revue (<http://www.rqpsy.qc.ca>)
2. Les textes doivent respecter les normes habituelles de présentation des écrits scientifiques. Ils doivent être rédigés à double interligne sur format lettre et sont accompagnés d'un résumé rédigé en français et en anglais, des mots clés en français et en anglais ainsi que du titre en français et en anglais. Les textes comptent un maximum de 25 pages (à 2800 caractères et espaces compris par page)
3. Le texte final en traitement de texte (doc, doc.x) doit être téléversé sur le site de la Revue.
4. La première page indique le titre (en français et en anglais), le nom de l'auteur (ou des auteurs), l'endroit où il(s) travaille(nt) ainsi que leurs coordonnées détaillées (numéros de téléphone, de télécopieur, courriel). La page qui suit donne uniquement le titre, les résumés et mots clés (en français et en anglais). Le texte proprement dit commence donc à la troisième page.
5. Une seule adresse de correspondance sera imprimée (p. ex., Adresse de correspondance : Nom, fonction, service, organisme, adresse postale, Téléphone, Télécopieur, Courriel). Néanmoins, les adresses des autres auteurs sont essentielles pour les éventuels contacts lors du processus d'édition et de mise en ligne.
6. Une seule affiliation par auteur sera publiée (l'affiliation principale).

La qualité du français

Les articles doivent être rédigés dans une langue correcte et accessible à la majorité des lecteurs et lectrices (professionnelles et professionnels qui ont régulièrement recours à la psychologie dans l'exercice de leur profession). Les citations provenant d'auteurs de langue anglaise doivent être traduites en français. Si la traduction d'un terme technique pose problème, il est alors indiqué d'écrire le terme original entre parenthèses, à côté de la traduction qu'on en fait. Tout terme provenant d'une langue étrangère doit être en italiques. Les titres d'ouvrage ou de test doivent être mis en italiques.

Marges	en pouces	en cm
Haut :	1,00	2,54
Bas :	1,00	2,54
Gauche :	1,00	2,54
Droite :	1,00	2,54
Pied de page :	0,75	1,90

Caractères : Arial 10

Titre de l'article en français : 10 points, majuscules, gras et ne comportant pas plus de 15 mots

Titre abrégé en français (Running head) : 10 points, minuscules, gras et ne comportant pas plus de 50 caractères et espaces

Titre de l'article en anglais : 10 points, majuscules, gras et ne comportant pas plus de 15 mots

Le nom de l'auteur ou des auteurs et appartenance

Ex : Colette JOURDAN-IONESCU (en 10 pts)
 Université du Québec à Trois-Rivières (en 10 pts)

Début des paragraphes par un retrait négatif de 0,4 pouces (0,83 cm)

Description de l'échantillon : N (échantillon complet) et n (échantillon partiel).

Résultats statistiques

Le système métrique exige, en français, l'utilisation de la virgule comme séparateur des unités et des décimales, par exemple 3,5 cm. Par contre, certaines notations statistiques comme les corrélations et les probabilités proviennent d'un système indépendant du système métrique et il faut alors employer le point (p. ex., $r(45) = .73$, $p < .01$). Bien que les programmes statistiques donnent plusieurs chiffres après le point décimal, l'usage exige de ne donner que deux chiffres après le séparateur en arrondissant.

Les statistiques exposées dans le texte doivent toujours comporter le symbole du test, le nombre de degrés de liberté s'il y a lieu, la valeur exacte de la statistique et le seuil de signification. Toutes ces notations sont soulignées ou en italique, comme dans le texte présent. Par exemple :

- $t(16) = 2,62$, $p < .001$
- $F(1,58) = 29,59$, $p < .001$
- $r(59) = .87$, $p < .01$
- $r(22) = .21$, n.s.

Notez bien qu'il n'y a pas d'espace entre le symbole du test et la parenthèse qui présente les degrés de liberté. De plus, le test χ^2 se présente avec les degrés de liberté et la taille de l'échantillon entre parenthèses. Par exemple :

- $\chi^2(2, 125) = 10,51$, $p < .05$

En outre, le texte doit présenter les statistiques descriptives utiles à la compréhension du sens de l'effet mis en évidence par la statistique inférentielle. L'exemple suivant illustre cette remarque :

- Seules les observations de jeu ont démontré une différence significative, les garçons jouant plus souvent ($M = 3,24$) que les filles ($M = 1,45$) de façon solitaire ($t(79) = 1,97$, $p < .05$).

Tableaux et figures

Les Tableaux et les Figures sont regroupés après les références. L'endroit où ils doivent être insérés est indiqué dans l'article. Les Tableaux comportent un numéro, un titre. Les Figures comportent un numéro, un titre et des légendes qui les rendent aisément compréhensibles.

Les Tableaux ou Figures sont annoncés dans le texte d'une des façons suivantes (attention de toujours mettre une majuscule aux mots Tableau et Figure) :

- Le Tableau 1 présente un résumé de...
- Comme le Tableau 1 l'indique...
- (...) l'analyse de variance (voir Figure 1).

Ci-dessous se trouve un exemple de Tableau et un de Figure [porter une attention spéciale à la façon d'écrire les titres (en 10 pts, centrés pour les Tableaux, alignés à gauche pour les Figures)] :

Niveaux de titre : Les titres ne doivent pas être des phrases (donc ne comportent pas de verbe)

- 1^{er} niveau de titre : Caractères : 10 pts, majuscules + centré
- 2^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + centré
- 3^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + italique + centré
- 4^e niveau de titre : Caractères : 10 pts, minuscules + italique + début du paragraphe en retrait

Citations : Les citations doivent être traduites en français. Elles sont présentées entre guillemets français (« »). Lorsqu'elles dépassent 40 mots, les citations doivent faire l'objet d'un paragraphe indépendant avec un retrait de 0,4 pouces (0,63 cm) à gauche et à droite, en incluant la référence (auteur, année et page).

Résumés (français et anglais) comportant au maximum 100 mots

Ceux-ci sont en Arial (10 pts) et commencent aussi avec un retrait négatif de 0,4 pouces (0,63 cm). Ils sont en italiques.

Mots clés (français et anglais) comportant au maximum 6 mots

Ceux-ci sont en Arial (10 pts).

Exemples :

Résumé

L'objet de cet article est de présenter le concept d'intervention appelé « Famille soutien » pour des familles dont un des enfants présente des difficultés d'adaptation. Créée initialement dans le cadre d'un programme d'intervention auprès de familles négligentes et/ou violentes (Palacio-Quintín, Éthier, Jourdan-Ionescu & Lacharté, 1991), l'intervention famille soutien doit toujours s'insérer à l'intérieur d'un plan d'intervention, car on demande à une famille non professionnelle,...

Mots clés : maltraitance, intervention non professionnelle, famille, soutien, supervision

Abstract

The object of this article is to present the intervention concept of « Support family » which aims to help families with a child presenting adaptation problems. Initially created within the context of an intervention program for negligent and/or abusive families (Palacio-Quintín, Ethier, Jourdan-Ionescu & Lacharté, 1991), support family intervention should always be incorporated into an intervention plan because a non professional, but trained and supervised family is asked to accompany a...

Key words : child abuse and neglect, non professional, supervision, support family

Signes de ponctuation

- Un espace avant et après le « : »
- Un espace avant et après le « % »
- Un espace avant et après le « = »
- Un espace après le point
- Un espace après le point-virgule
- Un espace après la virgule
- Un espace après le point d'interrogation, le point d'exclamation.

Appels de notes de bas de page : en 10 pts

Notes de bas de page : en 10 pts

Parenthèses : Des parenthèses carrées sont utilisées lorsque des parenthèses rondes sont à l'intérieur (p. ex., [F(1,23) = 29,69, p < .01]).

Tableau 1
Cotes moyennes et écarts types des deux groupes dans chacune des quatre catégories de loisirs

Groupe	Catégorie			
	1	2	3	4
Expérimental				
M	32,45	35,98	33,78	21,67
ÉT	3,6	3,8	2,8	4,1
Contrôle				
M	22,67	54,78	21,33	34,57
ÉT	2,7	3,4	3,4	4,1

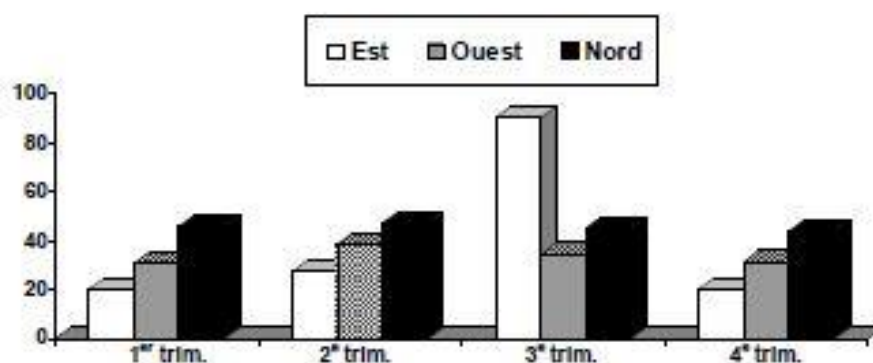


Figure 1. Répartition trimestrielle du nombre de clients selon la provenance

Références

Toute référence introduite dans l'article comporte le nom de l'auteur, la date de parution de son ouvrage ainsi que, s'il s'agit d'une citation, la page. Les références sont regroupées sur des feuilles séparées, à la fin de l'article, par ordre alphabétique d'auteurs. La liste des références doit correspondre **exactement** aux auteurs cités dans le texte.

Lorsqu'on cite une publication faite par deux auteurs, on nomme les deux auteurs. Lorsqu'on fait référence à un ouvrage publié par *plus de deux auteurs et moins de sept auteurs*, on les cite tous à la première mention; ensuite, on cite le premier auteur en ajoutant "et al.". Lorsqu'il y a sept auteurs et plus, on cite directement selon la formule « Premier auteur et al., date ». Lorsque la référence comporte plus d'un auteur, le dernier est relié par la perliète (&). Cette règle vaut pour les références introduites dans le texte entre parenthèses et pour celles regroupées à la fin de l'article. Par contre, dans le texte, lorsqu'on fait référence à ce que deux auteurs (ou plus) ont dit, on écrit « et » pour relier les noms des auteurs.

Voici quelques exemples de références pour les trois cas les plus fréquents : un livre, un chapitre dans un ouvrage et un article.

Livre

Vézina, J., Cappellez, P., & Landreville, P. (1994). *Psychologie gérontologique*. Montréal : Ga tan Morin  diteur.

Les noms du titre d'un volume en anglais sont en minuscules, exception faite de la première lettre du premier mot : *Psychology of aging*.

Chapître

Alain, M. (1993). Les théories sur les motivations sociales. In R. J. Vallerand & E. E. Th l ( ds), *Introduction à la psychologie de la motivation* (pp. 465-507). Laval (Québec) :  ditions  tudes Vivantes.

Article

Beaudin, G., & Savoie, A. (1995). L'efficacité des équipes de travail : définition, composantes et mesures. *Revue québécoise de psychologie*, 16(1), 185-201.

- Le titre de la revue lorsqu'il est en anglais doit s'écrire avec une majuscule à chacun des mots.
- Il faut veiller à l'exacte correspondance entre les références rapportées dans le texte et celles regroupées à la fin.
- Lorsque plusieurs auteurs sont cités pour une même idée, l'ordre alphabétique est nécessaire (p. ex., Béland, 2001; Normandin & Cossette, 1998; Trudel & Morinville, 1997).

Document dans Internet

Pericak-Vance, M.A., Folstein, S.E. & Wolpert, C.M. (2002). *Explorer l'autisme*. Récupéré le 24 novembre 2005 de <http://www.exploringautism.org/french/>

Texte final

Lorsque l'auteur a effectué les corrections demandées, il fait parvenir le texte final via le site Web de la revue (<http://rqpsy.qc.ca>)

Correction et approbation des épreuves

Les épreuves de l'article sont envoyées à l'auteur avant l'impression et doivent être retournées dans les 48 heures. Dès la publication, l'auteur (ou le 1 r auteur) de l'article reçoit 10 tirés à part de l'article.

Si les directives ne sont pas suivies ou si l'auteur tarde à répondre aux demandes du Comité de lecture, la publication des articles risque d'être retardée.

Appendice C

Formulaire de consentement

EFFETS DU SUPPORT À L'AUTONOMIE, À LA COMPÉTENCE ET À L'AFFILIATION, DE LA MOTIVATION ET DU COPING ÉMOTIONNEL SUR LE BIEN-ÊTRE DE PATIENTS DU SAGUENAY – LAC-ST-JEAN SOUFFRANT DE DOULEUR CHRONIQUE

**FORMULAIRE
DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE**

TITRE DU PROJET : Effets du support à l'autonomie, à la compétence et à l'affiliation, de la motivation et du coping émotionnel sur le bien-être de patients du Saguenay – Lac-St-Jean souffrant de douleur chronique.

CHERCHEURS PRINCIPAUX : Claudie Émond, Ph.D., UQAC
Luc G. Pelletier, Ph.D., Université d'Ottawa

CHERCHEUR(S) ASSOCIÉ(S) : Amélie Gagnon, étudiante au doctorat, UQAC
Isabelle Tremblay, étudiante au doctorat, UQAC

Vous êtes invitées à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des choses que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

INFORMATIONS ET URGENCE

Pour toute demande d'information, vous pouvez rejoindre la chercheuse responsable de la recherche, madame Claudie Émond, Ph.D., au (418) 545-5011 poste 5357.

1. INTRODUCTION

1.1 Rationnel de recrutement

Nous vous proposons de participer à un projet de recherche qui s'adresse à des patientes adultes qui souffrent de douleur chronique et qui consultent pour cette raison des médecins à la Clinique médicale du Faubourg Sagamie.

1.2 Rationnel de l'étude

La douleur chronique représente une problématique préoccupante qui comporte de nombreux enjeux autant individuels que collectifs. Il existe actuellement un consensus à l'effet que les approches psychologiques apportent une contribution importante dans la gestion de la douleur chronique. Jusqu'à maintenant, différentes stratégies ont été utilisées afin d'aider les patients souffrant de douleur chronique à gérer leur douleur, mais très peu parmi elles se sont intéressées à comprendre l'impact des processus motivationnels et d'adaptation émotionnelle sur le bien-être général des patients. Par conséquent, les connaissances actuelles relatives aux facteurs motivationnels et adaptatifs sur le bien-être des patients souffrant de douleur chronique sont limitées. C'est précisément ces deux aspects en lien avec des influences d'ordre interpersonnels que nous voulons étudier afin de mieux orienter l'intervention.

2. BUT DE LA RECHERCHE ET DURÉE DE L'ÉTUDE

Cette étude a pour but de vérifier le support à l'autonomie, à la compétence, à l'affiliation, de la motivation et des capacités d'adaptation émotionnelle sur le bien-être et la douleur chez des patients du Saguenay – Lac-St-Jean diagnostiqués avec de la douleur chronique.

La durée de cette étude sera de dix-huit (18) mois et environ 250 patients du Saguenay – Lac-St-Jean participeront à ce projet réalisé à la Clinique médicale du Faubourg Sagamie.

3. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

3.1 Durée totale d'implication, nombre de visites et durée de chaque visite

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez remplir deux questionnaires qui nécessiteront chacun entre 30 à 45 minutes de votre temps. Le premier sera à compléter sur place et le second vous sera acheminé par la poste précédé d'une relance téléphonique.

3.2 Type d'étude

Si vous acceptez de participer à cette étude et que les résultats des tests indiquent au médecin que vous rencontrez les conditions pour y être admis, vous rencontrerez une assistante de recherche afin de compléter un premier questionnaire et un second questionnaire qui vous sera acheminé par la poste.

Dans les deux cas, vous aurez des questions sur (1) votre profil sociodémographique, (2) votre support social, (3) votre motivation, (4) votre adaptation, (5) votre bien-être et (6) votre douleur. Répondre à ces questionnaires à deux reprises nécessitera environ 30 à 45 minutes de votre temps.

Si vous ne participez pas à cette étude, vous n'aurez pas à subir tous ces tests, sauf ceux réalisés normalement dans le cadre de votre suivi médical.

3.3 Destruction des données

Tous les questionnaires seront détruits cinq ans après la fin de l'étude ou jusqu'à la première publication selon les recommandations scientifiques habituelles en vigueur.

4. RISQUES ET EFFETS INDÉSIRABLES

En dehors du temps requis pour la passation des deux questionnaires, aucun risque ou effet indésirable n'est envisageable.

2007-11-13

Numéro de l'étude :

Initiales : _____

5. AVANTAGES POSSIBLES

Même si vous ne retirerez possiblement aucun bénéfice direct découlant de votre participation à cette étude, nous espérons que les résultats de cette étude nous permettront de faire avancer l'état des connaissances dans le domaine et à concevoir des stratégies plus efficaces de traitement de la douleur chronique.

6. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire et vous avez donc le droit de refuser d'y participer. De plus une fois l'étude commencée, vous pouvez interrompre votre participation en tout temps en contactant la chercheuse responsable de la recherche, madame Claudie Émond, au numéro de téléphone (418) 545-5011 poste 5357. Votre décision de cesser votre participation à l'étude ne vous causera aucun préjudice et vous continuerez à avoir droit aux meilleurs traitements disponibles.

7. COMPENSATIONS ET INDEMNISATION

Vous ne serez pas rémunéré pour participer à cette étude. Par ailleurs, si vous subissez un préjudice en lien avec votre participation à ce projet, vous conserverez tous vos recours légaux.

8. CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels et cliniques recueillis durant l'étude seront dénominalisés (c'est-à-dire que votre nom ne sera pas mentionné) et codés (votre nom sera remplacé par un code : lettre ou chiffres) et conservés sous clé dans le Laboratoire de psychologie clinique de l'UQAC. Seuls les membres de l'équipe de recherche y auront accès. Tous les résultats demeureront confidentiels et si les résultats de l'étude sont publiés, il n'y aura aucun moyen de vous identifier.

9. PERSONNES RESSOURCES

1- Pour des Informations supplémentaires :

Si vous avez des questions supplémentaires, quelles qu'elles soient, concernant cette étude vous pouvez rejoindre madame Claudie Émond, Ph.D. au 545-5011 poste 5357.

2- Pour le Comité d'éthique :

Cette recherche a également été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi. Pour toutes questions reliées à l'éthique et concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le Président du Comité,

1-2 Pour le Comité d'éthique (suite)

2007-11-13

Numéro de l'étude :

Initiales : _____

Monsieur André Leclerc, 555, boulevard de l'Université, Chicoutimi (Québec) G7H 2B1, au numéro de téléphone (418) 545-5011 poste 5070.

11. CONSENTEMENT DU PARTICIPANT / DE LA PARTICIPANTE

Je, soussigné(e), déclare que :

Mme / M. _____ m'a expliqué la nature et le déroulement de l'étude de recherche ci-dessus.

J'ai eu l'occasion de poser des questions et on y a répondu de façon satisfaisante.

Je recevrai une copie de ce formulaire de consentement signée et datée.

Je comprends que :

Ma participation à cette étude est entièrement volontaire et je peux refuser maintenant ou en tout temps d'y participer, sans que cela n'affecte les soins auxquels j'ai droit.

Par la présente, je confirme ma participation à ce projet de recherche :

Nom du participant(e)

Signature du participant(e)

Date

Adresse du participant

No de tél. du participant

Nom de la personne qui
obtient le consentement

Signature de la personne
qui obtient le consentement

Date

Nom du chercheur

Signature du chercheur

Date

2007-11-13

Numéro de l'étude :

Initiales : _____

Appendice D

Questionnaire



Université du Québec à Chicoutimi

ESPACE RÉSERVÉ AUX CHERCHEURS
(NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE CASE)

- Code assistant : _____
- No du participant : _____
- Entrée de données complétée : ☐ Oui

Motivation, coping et douleur chronique (Départ)

Ce questionnaire a été développé par des chercheurs de l'Université du Québec à Chicoutimi et de l'Université d'Ottawa, en collaboration avec des médecins de la région du Saguenay. Son but est de mieux comprendre les expériences des patients qui souffrent de douleur chronique.

Les informations qui sont recueillies dans ce questionnaire sont personnelles et nous vous assurons qu'elles demeureront confidentielles. Vous noterez que vous êtes identifié par un code anonyme qui permet de garder votre identité confidentielle. Les questions portent sur plusieurs aspects de votre santé. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; nous vous demandons de répondre le plus honnêtement et le plus précisément possible.

Nous vous remercions de prendre le temps de compléter ce questionnaire.

Code du participant			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

DATE D'AUJOURD'HUI			
MM	JJ	AA	
<input type="radio"/> Jan			
<input type="radio"/> Fév		<input type="radio"/> 2007	
<input type="radio"/> Mar	0	<input type="radio"/> 2008	
<input type="radio"/> Avr	1 1	<input type="radio"/> 2009	
<input type="radio"/> Mai	2 2	<input type="radio"/> 2010	
<input type="radio"/> Jun	3 3		
<input type="radio"/> Jul	4		
<input type="radio"/> Août	5		
<input type="radio"/> Sept	6		
<input type="radio"/> Oct	7		
<input type="radio"/> Nov	8		
<input type="radio"/> Déc	9		

SEXE
<input type="radio"/> Homme
<input type="radio"/> Femme

DATE DE NAISSANCE			
MM	JJ	AA	
<input type="radio"/> Jan			
<input type="radio"/> Fév			
<input type="radio"/> Mar	0 0 0		
<input type="radio"/> Avr	1 1 1 1		
<input type="radio"/> Mai	2 2 2 2		
<input type="radio"/> Jun	3 3 3 3		
<input type="radio"/> Jul	4 4 4 4		
<input type="radio"/> Août	5 5 5 5		
<input type="radio"/> Sept	6 6 6 6		
<input type="radio"/> Oct	7 7 7 7		
<input type="radio"/> Nov	8 8 8 8		
<input type="radio"/> Déc	9 9 9 9		

INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

1. *Quel est votre état matrimonial actuel?*

- ☐ Marié/e, y compris en union libre ☐ Séparé/e / Divorcé/e
☐ Célibataire ☐ Veuf / Veuve

2. *Présentement, quelle est votre principale occupation? (Veuillez cocher une seule réponse)*

- ☐ Travail à temps plein ☐ Études à temps plein
☐ Travail à temps partiel ☐ Études à temps partiel
☐ Chômage ☐ Études à temps plein et travail à temps partiel
☐ Études à temps partiel et travail à temps partiel
☐ À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
☐ Retraite
☐ Autre, veuillez préciser _____

3. *Quel est votre plus haut niveau de scolarité? (Veuillez cocher une seule réponse)*

- ☐ Aucune scolarité ☐ Études collégiales complétées
☐ Primaire non complété ☐ Certificat universitaire complété
☐ Primaire complété ☐ Baccalauréat universitaire non complété
☐ Secondaire non complété ☐ Baccalauréat universitaire complété
☐ Secondaire complété ☐ Maîtrise complétée
☐ Études collégiales non complétées ☐ Doctorat / Ph.D. complété

4. *Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?*

- ☐ Moins de 15 000\$ ☐ Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$
☐ Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$ ☐ 55 000\$ et plus
☐ Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ ☐ Aucun revenu
☐ Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$ ☐ Ne sais pas

5. *Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des douze derniers mois? Si vous ne vivez pas en couple, cochez « Ne s'applique pas »*

- ☐ Moins de 15 000\$ ☐ 55 000\$ et plus
☐ Entre 15 000\$ et moins de 25 000\$ ☐ Aucun revenu
☐ Entre 25 000\$ et moins de 35 000\$ ☐ Ne sais pas
☐ Entre 35 000\$ et moins de 45 000\$ ☐ Ne s'applique pas
☐ Entre 45 000\$ et moins de 55 000\$

LE SOUTIEN DE VOTRE ENTOURAGE

En utilisant l'échelle ci-dessous, indiquez à quelle fréquence, dans l'ensemble, votre médecin de famille et votre famille émettent les comportements présentés dans les énoncés ci-dessous.

		Jamais	Assez souvent					Toujours	
		1	2	3	4	5	6	7	
1.	Je sens que mon (ma) _____ se soucie vraiment de ma santé.	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
2.	Mon (ma) _____ se soucie peu que ma santé s'améliore.	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
3.	Lorsque je demande de l'aide concernant ma santé à mon (ma) _____, il (elle) me demande mon avis avant de me donner le sien (leur).	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
4.	Les commentaires que je reçois de mon (ma) _____ me font sentir incertain/e de mes capacités vis-à-vis ma santé.	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
5.	Mon (ma) _____ m'encourage à être moi-même.	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
6.	Je sens que mon (ma) _____ apprécie vraiment passer du temps avec moi.	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
7.	Les commentaires sur ma santé que je reçois de mon (ma) _____ représentent des critiques inutiles.	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mon (ma) _____ semble être sincèrement intéressé/e par ce que je fais pour ma santé.	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
9.	Mon (ma) _____ me parle uniquement de mes erreurs (p. ex., comportements anti-santé).	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
10.	Mon (ma) _____ me donne plusieurs opportunités de prendre mes propres décisions par rapport à ma santé.	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
11.	Mon (ma) _____ m'envoie le message que je ne suis pas à la hauteur.	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7
12.	Mon (ma) _____ considère ouvertement mes pensées et mes sentiments bien qu'ils soient différents des leurs.	Médecin	1	2	3	4	5	6	7
		Famille	1	2	3	4	5	6	7

GESTION DE VOS ÉMOTIONS

Veuillez indiquer, à l'aide de l'échelle suivante, dans quelle mesure chacun des énoncés décrit ce que vous avez fait pour vous adapter à votre expérience de douleur chronique.

	Je ne le fais pas du tout 1	Je le fais un peu 2	Je le fais moyennement 3	Je le fais beaucoup 4
	1	2	3	4
1. Je prends le temps de comprendre ce que je ressens vraiment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. J'explore en profondeur mes sentiments afin de bien les comprendre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Je me rends compte que mes sentiments sont valables et importants.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Je prends conscience de mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. J'essaie de comprendre mes sentiments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. J'explore mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Je trouve une façon de mieux comprendre mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. J'examine attentivement les raisons de mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Je prends le temps d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je laisse mes sentiments s'extérioriser librement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Je me permets d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Je me sens libre d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. J'exprime les sentiments que je ressens.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Je trouve une façon d'exprimer mes émotions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Je laisse sortir mes sentiments.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Je laisse sortir mes sentiments ouvertement.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VOTRE DOULEUR

A. Veuillez décrire le type de douleur que vous avez eu au cours de cette dernière semaine.
(Cochez (X) une case par ligne).

	Pas de douleur	Légère	Modérée	Forte
	0	1	2	3
	0	1	2	3
1. Lancinante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Fulgurante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. En coups de poignard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Aigüe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pareille à une crampe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Pareille à une morsure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Cuisante - brûlante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Diffuse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Qui pèse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Sensible au toucher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Déchirante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Fatigante - épuisante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. A donner la nausée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Angoissante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Violente-cruelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

B. Veuillez évaluer votre douleur au cours de cette dernière semaine

La ligne ci-dessous représente l'intensité croissante de votre douleur, allant de « pas de douleur » à « douleur la plus forte possible ». Placez un trait vertical (|) sur la ligne à l'endroit qui correspond le mieux à l'intensité de votre douleur au cours de cette dernière semaine.

Pas de douleur		Douleur la plus forte possible	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Score en mm (Cherchez seulement)			

C. Intensité actuelle de la douleur :

- ☐ Pas de douleur
- ☐ Légère
- ☐ Modérée
- ☐ Forte
- ☐ Très forte
- ☐ Insupportable

VOTRE DOULEUR (SUITE)

D. Est-ce que votre sommeil est :

- ☐ Bon
- ☐ Irrégulier
- ☐ Ne peut pas dormir

E. Est-ce que vous pouvez effectuer vos activités de façon :

- ☐ Régulières
- ☐ Partielles
- ☐ Peu
- ☐ Aucune

F. Mes apports alimentaires sont :

- ☐ Complètes
- ☐ Partiels
- ☐ Peu
- ☐ Aucun

G. Votre douleur vous a-t-elle obligé à :

- Quitter votre emploi ? ☐ Oui ☐ Non
- Restreindre vos activités professionnelles ? ☐ Oui ☐ Non
- Restreindre vos activités de la vie quotidienne ? (p. ex. tâches ménagères, hygiène personnelle, repas...) ☐ Oui ☐ Non

H. Prenez-vous actuellement des médicaments prescrits contre la douleur ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquels ?

Depuis combien de temps environ ?

I. Souffrez-vous d'autres problèmes de santé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez le(s) diagnostic(s) et le(s) médicament(s) prescrit(s) le cas échéant.

Diagnostic(s)

Depuis combien de temps environ ?

Médicament(s)

Depuis combien de temps environ ?
